

**KARYA ILMIAH AKHIR- NERS (KIAN)**

**PENERAPAN PULSED LIB BREATHING DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN**

**PADA PASIEN PPOK DIRUANG JANTUNG RSUD DR ACHMAD MOCTHAR BUKITTINGGI**

**TAHUN 2020**



**OLEH :**

**GITO MAHATA PUTRA, S.KEP**

**1914901719**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**STIKES PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Program Studi  
Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang*



**PENERAPAN PULSED LIB BREATHING DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN  
PADA PASIEN PPOK DIRUANG JANTUNG RSUD DR ACHMAD MOCTHAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2020**

**OLEH :  
GITO MAHATA PUTRA  
1914901719**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
STIKes PERINTIS PADANG  
TAHUN AJARAN 2020**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Gito Mahata Putra

NIM : 1914901719

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA-N: Penerapan Pulsed Lib Breathing Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ppok Di Ruang Jantung RSUD Dr Achmad Mochtar Buittinggi Tahun 2020

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam karya ilmiah akhir ners (KIA-N) ini tidak ada karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar ners di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan penulis juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila ternyata kelak terbukti ada ketidak benaran dalam pernyataan saya diatas, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya.

Bukittinggi, Oktober 2020

Yang Membuat Pernyataan



Gito Mahata Putra

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**PENERAPAN PULSED LIB BREATHING DALAM MEMBERIKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PPOK DIRUANG  
JANTUNG RSUD DR ACHMAD MOCTHAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2020**

Oleh :

**GITO MAHATA PUTRA, S.Kep  
1914901719**

**Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Diseminarkan**

**Bukittinggi, 10 September 2020**

**Dosen Pembimbing**

**Pembimbing I**



**(Ns. Dia Resti DND, M.Kep)  
NIK: 1420108028611071**

**Pembimbing II**



**(Ns. Endra Amalia, M.kep)  
NIK: 1420123106993012**

**Mengetahui,  
Ketua Prodi Profesi Ners  
Stikes Perintis Padang**



**(Ns. Mera/Delima, M.Kep)  
NIK: 1420101107296019**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**PENERAPAN PULSED LIB BREATHING DALAM MEMBERIKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PPOK DIRUANG  
JANTUNG RSUD DR ACHMAD MOCTHAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2020**

Oleh :  
**GITO MAHATA PUTA**  
1914901719


Pada :


**HARI/TANGGAL : Senin, 10 September 2020**

**JAM : 15.00 – 16.00 WIB**


**Dan yang bersangkutan dinyatakan  
LULUS**

Tim Penguji :

Penguji I : Yasmi, S.Kp. M.Kep (  )

Penguji II : Ns. Dia Resti DND, M.Kep (  )

Mengetahui,  
Ketua Prodi Profesi Ners  
Stikes Perintis Padang

  
(Ns. Mera Delima, M.Kep)  
NIK: 1420101107296019

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**Karya Ilmiah Akhir Ners, 10 September 2020**

**GITO MAHATA PUTRA**

**PENERAPAN PURSED LIP BREATHING DALAM MEMBERIKAN ASUHAN  
KEPERAWATAN PADA PASIEN PPOK DI RUANGAN JANTUNG RSUD DR ACMAD  
MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN ACHMAD 2020.**

**vi + V bab + 108 Halaman + Tabel + Skema + Gambar + Lampiran**

*Abstrak*

Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) atau Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) merupakan suatu penyakit yang ditujukan untuk mengelompokkan penyakit-paru yang mempunyai gejala berupa terhambatnya aliran udara pernapasan yang dapat terjadi pada saluran pernapasan maupun pada parenkim paru, pasien dengan penyakit paru obstruksi Kronik akan mengalami gejala sesak untuk mengatasi sesak dapat dilakukan dengan terapi non farmakologi yaitu Pursed Lip Breathing. Metode dalam karya tulis ilmiah akhir ners ini berupa studi kasus yang di ambil saat melakukan praktek profesi ners di rumah sakit umum daerah Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi dengan melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari. Hasil yang di dapatkan setelah dilakukan pursed lip breathing yaitu sesak nafas menurun dan saturasi oksigen meningkat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh teknik Pursed Lip Breathing dalam menurunkan sesak nafas dan meningkatkan saturasi oksigen pada pasien penyakit paru obstruksi kronik. Disarankan kepada perawat agar menerapkan teknik pursed lip breathing dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan sesak nafas.

**Kata Kunci : PPOK, Sesak Nafas, Pursed Lip Breathing**

**Kepustakaan : (2002-2018)**

**NERS PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM  
HIGH SCHOOL OF HEALTH SCIENCE PADANG**

**Essay, 10 September 2020**

**GITO MAHATA PUTRA**

**APPLICATION OF PURSED LIP BREATHING IN PROVIDING NURSING CARE TO  
PATIENTS PPOK IN THE HEART ROOM OF DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
HOSPITAL IN 2020 .**

**vi + V chapters + 108 Pages + Patches + Schemes + Pictures + Attachments**

***Abstrake***

*Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) or Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a disease aimed at grouping pulmonary diseases that have symptoms in the form of obstruction of respiratory air flow which can occur in the respiratory tract and in the lung parenchyma., patients with chronic obstructive pulmonary disease will experience symptoms of shortness of breath. To overcome the tightness, it can be done with non-pharmacological therapy, namely Pursed Lip Breathing. The method in this nurse's final scientific paper is in the form of a case study taken when practicing the nurse profession at the general hospital Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi by providing nursing care for 3 days. The results obtained after pursed lip breathing were shortness of breath and increased oxygen saturation. So it can be concluded that the effect of pursed lip breathing technique in reducing shortness of breath and increasing oxygen saturation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. It is recommended that nurses apply the Pursed Lip Breathing technique in performing nursing care for patients with shortness of breath.*

**Key : PPOK, Shortness of breath, pursed lip Breathing**

**List : (2002 -2018)**

## RIWAYAT HIDUP PENULIS

### I. Identitas

Nama	: Gito mahata putra
NPM	: 1914901719
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Tempat dan tanggal lahir	: Ampang Gadang II. 03-08-1994
Agama	: Islam
Nama Orang Tua	
Ayah	: Yayat
Ibu	: Sefriyanti
Alamat	: Ampang Gadang II
Email	: gitomahataputra123@gmail.com
No Hp	: 085263491640

### II. Riwayat Pendidikan

SDN 12 Mahat	(2001)
SMP 2 Maek	(2008)
SMK Kosgoro 2 Payakumbuh	(2011)
STIKes Perintis Padang	(2014)
STIKes Perintis Padang	(2019)



## KATA PENGANTAR



Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini yang berjudul **“asuhan keperawatan pada pasien di ruangan jantung RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi”** dapat diselesaikan.

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners, pada Program Studi Keperawatan STIKes perintis Padang. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Mera Delima, M. Kep selaku Ketua Prodi Profesi Ners STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Ns. Dia Resti DND, M. Kep selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, serta petunjuk dalam menyusun karya ilmiah akhir ners ini.
4. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan, serta petunjuk dalam menyusun karya ilmiah akhir ners ini.

5. Bapak dan Ibu di Prodi profesi Ners yang telah memberikan ilmu selama mengikuti pendidikan di STKES Perintis Padang.
6. Teristimewa kepada Keluarga tercinta yang selalu memberikan dukungan baik secara moril maupun materi serta do'a dan kasih sayangnya sehingga penulis lebih semangat dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini.
7. Rekan-rekan se-Angkatan yang telah memberikan dukungan serta saran-saran yang bermanfaat dan membangun.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini penulis telah berusaha sebaik-baiknya, namun penulis menyadari atas segala kekurangan itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih atas segala bantuan dari semua pihak yang terlibat dalam penulisan karya ilmiah akhir ners ini. Mudah-mudahan karya ilmiah akhir ners ini dapat bermanfaat bagi kita semua, Amin.

Bukittinggi, Oktober 2020  
Penulis



Gito Mahata Putra

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>ix</b>

### **BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.4.1 Bagi Penulis .....	5
1.4.2 Bagi Pasien.....	5
1.4.3 Bagi Lahan Penelitian .....	6
1.4.4 Bagi Instansi Pendiidkan.....	6

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Penyakit Paru Obstruksi Kronis .....	7
2.1.1 Pengertian Penyakit Paru Obstruksi Kronis .....	7
2.1.2 Kelompok Penyakit Yang Masuk Jenis PPOK .....	8
2.1.3 Etiologi PPOK .....	9
2.1.4 Tanda Dan Gejala PPOK.....	12
2.1.5 Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan.....	13
2.1.6 Patofisiologi PPOK .....	19
2.1.7 Pathway PPOK .....	21
2.1.8 Klasifikasi PPOK.....	22
2.1.9 Komplikasi PPOK .....	23
2.1.10 Penatalaksanaan .....	25
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis .....	32
2.2.1 Pengkajian .....	32
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	36
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	38
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	49
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	49

### **BAB III ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS**

3.1. Pengkajian .....	50
3.2. Pemeriksaan Penunjang .....	59
3.3. Diagnosa Keperawatan .....	64
3.4 Intervensi Keperawatan .....	65
3.5 Implementasi Keperawatan .....	74
3.6 Evaluasi Keperawatan .....	74

### **BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Kasus Terkait .....	97
4.2 Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep dan Penelitian Terkait. .	102
4.3 Alternatif Pemecahan Yang Dapat dilakukan .....	104

### **BAB VI PENUTUP**

5.1 Kesimpulan .....	105
5.2 Saran.....	106

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Klasifikasi Derajat Keperahan Keterbatasan Aliran Udara Pasien PPOK .....	22
Tabel 1.2	Intervensi Keperawatan Teoritis .....	38
Tabel 3.1	Pemeriksaan Penunjang Labor .....	59
Tabel 3.2	Pemeriksaan Penunjang Radiologi.....	59
Tabel 3.3	Pemberian Terapi .....	60
Tabel 3.4	Intervensi Keperawatan Kasus.....	64
Tabel 3.4	Implementasi dan Evaluasi .....	74

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Pathway PPOK .....	21
Skema 2.2	Genogram .....	53

## DAFTAR Gambar

Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pernafasan.....	13
Gambar 2.2 Struktur Bronkus.....	16
Gambar 2.3 Struktur Alvioli.....	13
Gambar 2.4 Teknik Pursep Lip Breating.....	30

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) merupakan penyakit kronik paru yang ditandai dengan terbatasnya aliran udara di dalam saluran pernafasan yang tidak sepenuhnya reversible. Gangguan bersifat progresif ini disebabkan oleh adanya inflamasi kronik akibat gas yang bersifat racun bagi tubuh. Penyebab utama PPOK antara lain asap rokok, polusi udara dari pembakaran, dan partikel-partikel gas berbahaya. Beberapa masalah timbul sehingga mengakibatkan kegagalan pernafasan yang didefinisikan sebagai kegagalan ventilasi dan kegagalan oksigenasi disebabkan karena gangguan pusat pernafasan, gangguan otot dinding dada dan peradangan akut jaringan paru yang menyebabkan sesak nafas (Djojodiningrat D, 2014).

Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) saat ini menjadi penyebab utama kematian keempat di dunia tetapi di proyeksikan menjadi 3 penyebab kematian terkemuka pada tahun 2030. Secara global diperkirakan bahwa 3,17 juta kematian disebabkan oleh PPOK pada tahun 2015. Pada tahun 2010 PPOK menyebabkan kerugian ekonomi sekitar 2,1 triliun dolar (World Health Organization (WHO), 2017). PPOK merupakan penyebab utama morbiditas kronis dan kematian di seluruh dunia. Banyak orang menderita penyakit ini selama berahun-tahun dan meninggal karena komplikasinya seperti gagal nafas. Secara umum, PPOK diperkirakan akan meningkat dalam masyarakat akan datang karena paparan faktor risiko PPOK dan penuaan penduduk.



Angka kematian ini diperkirakan akan meningkat karena meningkatnya jumlah perokok dan populasi manula dibanyak negara (GOLD, 2018)

Di Indonesia penderita Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Riskesdas, 2018). Menurut Riset Kesehatan Dasar, pada tahun 2018 angka kematian akibat PPOK menduduki peringkat ke-6 dari 10 penyebab kematian di Indonesia dan prevalensi PPOK rata-rata sebesar 3,7% (Riskesdas, 2018). Provinsi Sumatera Barat berada pada urutan ke-23 berdasarkan jumlah penderita PPOK di Indonesia, dengan prevalensi sebesar 3,0% (Riskesdas, 2018). Sedangkan hasil survey terhadap sepuluh angka kejadian penyakit terbanyak di Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar pada tahun 2015 yaitu penyakit PPOK menduduki peringkat kedua dengan angka kejadian 199 kasus. Sementara itu pada tahun 2016 data yang didapatkan dari RSAM Bukittinggi terdapat 103 pasien penderita PPOK. Angka kejadian ini menurun pada tahun 2017 menjadi 97 orang yang menderita PPOK yang di rawat di RSAM Bukittinggi, kemudian terus meningkat pada tahun 2018 menjadi 113 orang penderita PPOK yang di rawat di RSAM (Rekam Medis RSAM, 2018)

Gejala klinis pada PPOK antara lain batuk, produksi sputum, sesak nafas dan keterbatasan aktivitas. Faktor patofisiologi yang berkontribusi dalam kualitas dan intensitas sesak nafas saat melakukan aktivitas pada pasien PPOK antara lain kemampuan mekanis dari otot-otot inspirasi meningkatnya volume restriksi selama beraktivitas, lemahnya fungsi otot-otot inspirasi, meningkatnya kebutuhan ventilasi relatif, gangguan pertukaran gas kompresi jalannya nafas dinamis dan faktor kardiovaskuler. Oleh karena itu pada penanganan PPOK tidak hanya mengandalkan terapi

farmakologi saja melainkan terapi non-farmakologi juga merupakan hal yang penting untuk mengurangi sesak nafas (Russell, R., Norcliffe, J. Bafadhel, 2012)..

Pasien dengan PPOK juga dapat diberikan penanganan terapi nonfarmakologi, salah satunya adalah rehabilitasi dengan melakukan teknik Pursed Lips Breathing (PLB) yang dapat dijadikan intervensi keperawatan mandiri. PLB adalah latihan pernafasan untuk mengatur jalannya pernafasan sehingga mengurangi trapping, memperbaiki ventilasi alveolar dengan pertukaran gas dan meningkatkan kerja pernafasan, mengkoordinasikan mengatur kecepatan pernafasan sehingga pernafasan lebih efektif dan mengurangi sesak nafas (Smeltzer, 2002).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh (Pamungkas et al., n.d.) dengan judul penelitian Efektivitas Pursed lip breathing dan deep Breathing Terhadap Penurunan Frekuensi Pernafasan Pada Pasien PPOK di RSUD Ambarawa di dapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan efektivitas antara intervensi *Pursed lip breathing* dan *Deep breathing* terhadap penurunan frekuensi pernafasan pada pasien PPOK di RSUD Ambarawa. Rekomendasi hasil penelitian ini adalah *Pursed lip breathing* lebih efektif digunakan untuk menurunkan frekuensi pernafasan pada pasien PPOK.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Qamila et al., 2019) dengan judul penelitian Efektivitas Teknik *Pursed Lips Breathing* Pada Pasien Penyakit Proneural Obstruksi Kronik (PPOK): *Study Systematic Review* di dapatkan hasil Teknik PLB efektif dalam menurunkan frekuensi pernafasan dan meningkatkan pemenuhan oksigenisasi pada pasien PPOK dengan pola napas tidak efektif. Selanjutnya,

disarankan teknik PLB dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi mandiri perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien PPOK untuk mengurangi keluhan s/sak.

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis tertarik untuk penerapan pulsed lib breathing dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien di ruangan jantung RSUD Achmad Mochtar Tahun 2020.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana penerapan pulsed lib breathing dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien di ruangan jantung RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020.

## **1.3 Tujuan Karya Ilmiah Akhir Ners**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui penerapan pulsed lib breathing dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien di ruangan jantung RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui konsep dasar tentang Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK)
2. Melakukan pengkajian kepada pasien dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) di ruangan jantung RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi

3. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) di ruangan jantung RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi
4. Merencanakan intervensi keperawatan kepada pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) di ruangan jantung RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi
5. Melakukan implementasi keperawatan kepada pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) di ruangan jantung RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi
6. Melakukan evaluasi keperawatan kepada pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) di ruangan jantung RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi
7. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) dengan pemberian pursed lip breathing di ruangan jantung RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi.

#### **1.4 Manfaat Karya Ilmiah akhir Ners**

##### **1.4.1 Bagi Penulis**

Dengan adanya karya ilmiah akhir ners ini maka penulis dapat menerapkan ilmu dan pengetahuan yang di dapatkan selama di bangku perkuliahan khususnya pada pasien dengan sesak nafas.

##### **1.4.2 Bagi Pasien**

Dengan adanya karya ilmiah ini dapat menjadi sumber informasi bagi pasien dalam mengatasi sesak nafas secara nonfarmakologi.

### **1.4.3 Bagi Lahan Praktek**

Dengan adanya karya ilmiah akhir ners ini dapat menjadi sumber informasi dalam melakukan intervensi mandiri perawat pada pasien khususnya pada pasien penyakit paru obstruksi kronis dengan sesak nafas.

### **1.4.4 Bagi Instansi Pendidikan**

Dengan adanya karya ilmiah akhir ini dapat menambah referensi bagi mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)**

##### **2.1.1 Pengertian**

Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) atau Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) merupakan satu penyakit yang ditujukan untuk mengelompokkan penyakit-peyakit paru yang mempunyai gejala berupa terhambatnya aliran udara pernapasan yang dapat terjadi pada saluran pernapasan maupun pada paru-paru (Djojodiningrat D, 2014)

PPOK merupakan penyakit saluran pernapasan yang ditandai dengan adanya penyumbatan saluran napas yang menimbulkan gejala serupa satu dengan yang lainnya dan biasanya tidak bersifat reversibel dan dalam waktu yang lama akan terjadi gejala akut yang memburuk yang disebut dengan eksaserbasi (Kosasih, et al., 2008)

Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) adalah penyakit umum yang dapat dicegah dan diobati yang biasanya ditandai dengan gejala pernapasan persisten dan keterbatasan aliran udara yang disebabkan tersumbatnya jalan napas atau adanya kelainan alveolar. Biasanya disebabkan oleh pemaparan yang signifikan terhadap partikel atau gas berbahaya (GOLD, 2017).

Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) merupakan suatu keadaan penyakit yang ditandai dengan keterbatasan aliran udara yang tidak bersifat reversibel sepenuhnya. Keterbatasan aliran udara biasanya progresif dan

berkaitan dengan respons inflamasi abnormal pada paru terhadap partikel atau gas yang berbahaya (Danasantos halim, 2010)

PPOK merupakan suatu penyakit kronis yang dikarenakan adanya penyumbatan pada saluran pernapasan sehingga menyebabkan terhambatnya aliran udara yang disebabkan karena paparan yang lama terhadap polusi maupun asap rokok. Penyakit ini merupakan istilah lain untuk penyakit paru yang berlangsung lama (Danasantos halim, 2010)

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) merupakan penyakit paru yang disebabkan karena adanya obstruksi atau penyumbatan aliran udara pada saluran pernapasan yang ditandai dengan adanya gejala sesak napas dan dalam waktu yang lama akan semakin memburuk yang disebut dengan ekserbasi.

### **2.1.2 Kelompok Penyakit Yang Masuk Dalam Jenis PPOK**

Klasifikasi penyakit paru obstruksi kronik (PPOK) antara lain:

a. Asma

Asma merupakan penyakit obstruksi kronik saluran napas yang bersifat reversibel baik secara spontan maupun dengan pengobatan (Kosasih, 2008). Asma adalah penyakit inflamasi kronis jalan napas yang ditandai dengan hiperresponsivitas jalan napas terhadap berbagai rangsangan (Patricia, et.al, 2011). Asma merupakan satu penyakit yang ditandai dengan bronkospasme episodik reversibel yang terjadi akibat respons bronkokonstriksi berlebihan terhadap berbagai rangsangan (Robbins, 2007).

b. Bronkitis kronis

Bronkitis kronis merupakan suatu keadaan adanya batuk produktif lebih dari 250 ml sputum per hari selama minimal 3 bulan pertahun selama 2 tahun berturut-turut, tanpa ada penyebab medis lain (Patricia, et al, 2011). Sedangkan menurut GOLD (2017) bronkitis kronis merupakan batuk produktif dan menetap minimal 3 bulan secara berturut-turut dalam kurun waktu sedikitnya 2 tahun.

c. Emfisema

Emfisema adalah satu penyakit yang dimana terjadi kehilangan elastisitas paru dan pembesaran abnormal dan permanen pada ruang udara yang jauh dari bronkulus terminal termasuk destruksi dinding alveolar dan bantalan kapiler tanpa fibrosis yang nyata.

d. Bronkiektasis

Bronkiektasis adalah gangguan pada saluran pernapasan yang terjadi akibat adanya pelebaran bronkus dan bronkiolus akibat kerusakan otot dan jaringan elastik penunjang, yang disebabkan oleh atau berkaitan dengan infeksi nekrotik kronis. Sekalipun bentuk, bronkiektasis menimbulkan kompleks gejala yang didominasi oleh batuk dan pengeluaran sputum purulen dalam jumlah besar (Robins, et al, 2007).

### 2.1.3 Etiologi PPOK

Penyakit paru obstruksi kronik dapat disebabkan oleh faktor lingkungan dan gaya hidup yang sebagian besar bisa dicegah. Merokok diperkirakan menjadi penyebab timbulnya 80-90% kasus pada laki-laki dengan usia antara 30 sampai 40 tahun paling banyak menderita PPOK (Padilla, 2012).

a. Usia



PPOK jarang mulai menyebabkan gejala yang dikenali secara klinis sebelum usia 40 tahun. Kasus-kasus yang termasuk perkecualian yang jarang dari pernyataan umum ini seingkaliberhubungandengan sif yangterkait dengan difisiensi bawaan. Ketidakmampuan ini dapat mengakibatkan seseorang mengalami emfisema dan PPOK pada usia sekitar 20 tahun, yang bersiko menjadi semakin berat jika mereka merokok (Francis, 2008)

b. Merokok

Kebiasaan buruk (merokok), dimana merokok dapat menyebabkan hipertrofi kelenjar mukosa bronkial dan meningkatkan produksi mukus sehingga menyebabkan batuk produktif. Pada bronkitis kronik batuk produktif dapat terjadi selama lebih dari 3 bulan/tahun (Darmanto, 2009). Merokok merupakan penyebab PPOK yang paling umum, dan mencakup 80% dari semua kasus PPOK yang ditemukan. Diduga bahwa sekitar 20% orang yang merokok akan mengalami PPOK, dengan resiko persorangannya meningkat sebanding dengan peningkatan jumlah rokok yang dihisap. Kebiasaan buruk merokok akan menekan aktivitas sel-sel pemangsa dan mempengaruhi mekanisme pembersihan silias dari saluran pernapasan, yaitu berfungsi untuk menjaga saluran pernapasan bebas dari iritan, bakteri dan benda asing lainnya yang terhirup. Jumlah yang dihisap oleh seseorang diukur dengan istilah pack years, satu pack years = menghisap 20 batang rokok perhari selama satu tahun. Dengan demikian, seseorang yang merokok 40 batang rokok perhari selama satu tahun atau merokok 20 batang rokok selama dua tahun akan memiliki akumulasi yang ekuivalen dengan 2 pack years (Francis, 2008).

- c. Lapangan kerja berdebu  
Debu organik dan anorganik serta bahan kimia dan asap dapat menjadi faktor risiko terjadinya PPOK.
- d. Polusi udara  
Udara yang buruk akan menyebabkan partikel-partikel yang dihirup masuk ke dalam saluran pernapasan, sehingga dapat menyebabkan total beban paru-paru menjadi lebih tinggi. Dimana partikel yang dihirup akan menumpuk ke dalam saluran pernapasan sehingga menyebabkan terjadinya penyumbatan.
- e. Infeksi Riwayat infeksi pernafasan yang pernah dialami dikaitkan dengan terjadinya pengurangan fungsi paru-paru dan meningkatkan gejala pernapasan. Infeksi sistem pernapasan akut seperti pneumonia, bronkitis, dan asma orang dengan kondisi ini beresiko terjadinya PPOK (Mansjoer, 2008).
- f. Latar belakang genetik dan keluarga Telah ditemukan keterkaitan keluarga yang lemah, tidak seperti pada asma diriwayat asma sebelumnya didalam keluarga sangat dipertimbangkan sebagai faktor yang penting (Francis, 2008).
- g. Keadaan menurunnya alfa anti tripsin. Enzim ini dapat melindungi paru-paru dari proses peradangan. Menurunnya enzim ini menyebabkan seseorang menderita emfisema pada saat masih muda meskipun tidak ada riwayat merokok.

#### **2.1.4 Tanda dan Gejala**

Tandadan gejalaakan mengarah pda dua tpe perokok(Smalzer &Bare, 2007):

- a. Mempunyaigambaran klink dominankearah bronchitiskronis(blue bloater).
- b. Mempunyaigambaran klinikkearahemfsema(pink puffers).

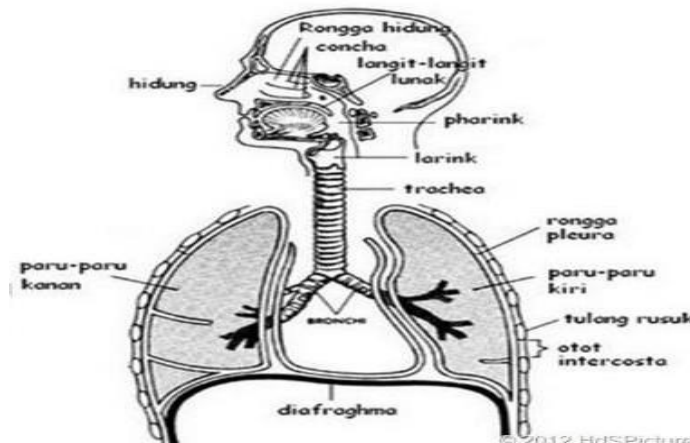
Tandadan gejalanyaadalah sebagai berikut:

- a. Kelemahanbadan
- b. Batuk
- c. Sesaknafas
- d. Sesak nafas saat aktivitas dan nafas berbunyi
- e. Mengi atau wheezing
- f. Ekspirasiyangmemanjang
- g. Batuk dada tong(Barrel Chest) pada penyakit lanjut
- h. Penggunaan obat bantu pernafasan
- i. Suaranafasmelemah
- j. Kadangditemukanpernapasanparadoksal
- k. Edemakaki,asietasdanjaritabuh

#### **2.1.5 Anatomi Fisiologi sistem Pernafasan**

Sistemrespirasiadalah sistemyang mmiliki fungsi utamauntuk mlakukan respirasidimanarespirasi merupakan prses mengumpulkanoksigendan mengeluarkankarbondioksida. Fungsi utma sistemrespirasi adalahuntuk

memastikan bahwa tubuh mengstrakoksgen dalamjumlahyangcukupuntuk metabolisme sel dan melepaskan karbondioksida (Peate and Nair, 2011).



Gambar 1

Anatomi sistem pernafasa

(Peate and Nair, 2011).

Sistem respirasi terbagi menjadi sistem pernafasan atas dan sistem pernafasan bawah. Sistem pernafasan atas terdiri dari hidung, faring dan laring. Sedangkan sistem pernafasan bawah terdiri dari trakea, bronkus dan paru-paru (Peate and Nair, 2011).

a. Hidung

Masuknya udara bermula dari hidung. Hidung merupakan organ pertama dalam sistem respirasi yang terdiri dari bagian eksternal (terlihat) dan bagian internal. Di hidung bagian eksternal terdapat rangkapanunjang berupa tulang dan hyaline kartilago yang terbungkus oleh otot dan kulit. Struktur interior dari bagian eksternal hidung memiliki tiga fungsi: (1) menghangatkan, melembabkan, dan menyaring udara yang masuk; (2) mendeteksi stimulasi olfaktori (indrapembau); dan (3) modifikasi getaran

suara yang melalui bilik resonansi yang besar dan bergema. Rongga hidung sebagai bagian internal digambarkan sebagai ruang yang besar pada anterior tengkorak (inferior pada tulang hidung; superior pada rongga mulut); rongga hidung dibatasi dengan otot dan membran mukosa (Tortora and Derrickson, 2014).

b. Faring

Faring, atau tenggorokan, adalah saluran berbentuk corong dengan panjang 13 cm. Dinding faring disusun oleh otot rangka dan dibatasi oleh membran mukosa. Otot rangka yang terlaksani membuat faring dalam posisi tetap sedangkan apabila otot rangka berkontraksi maka sedang terjadi proses menelan. Fungsi faring adalah sebagai saluran untuk udara dan makanan, menyediakan ruang resonansi untuk suara saat berbicara, dan tempat bagi tonsil (berperan pada reaksi imun terhadap benda asing) (Tortora and Derrickson, 2014).

c. Laring

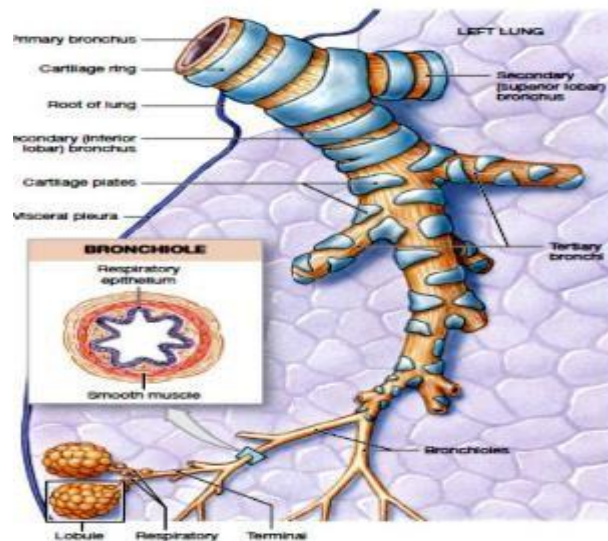
Laring tersusun atas 9 bagian jaringan kartilago, 3 bagian tunggal dan 3 bagian berpasangan. 3 bagian yang berpasangan adalah kartilago aritenoid, cuneiform, dan corniculate. Aritenoid adalah bagian yang paling signifikan dimana jaringan ini mempengaruhi pergerakan membran mukosa (lipatan vokal sebenarnya) untuk menghasilkan suara. 3 bagian lain yang merupakan bagian tunggal adalah tiroid, epiglotis, dan cricoid. Tiroid dan cricoid keduanya berfungsi melindungi pita suara.

Epiglotismelindungisaluran udaradan mengalihkanmakanandan minumanagar melewatesofagus (Peate and Nair,2011).

d. Trakea

Trakeaatau batangtenggorokan merupakansaluran tubuleryangdilewati udaradari laringmenuju paru-paru.Trakea jugadilapisi olehepitel kolumnarbersilia sehinggadapat menjebakzat selain udarayang masuk laluakandidorongkeatas melewatiesofagusuntukditelanatau dikeluarkan lewat dahak.Trakea danbronkus jugamemiliki reseptoriritanyang menstimulasibatuk,memaksa partikelbesar yangmasuk kembalikeatas (PeateandNair,2011).

e. Bronkus



Gambar 2

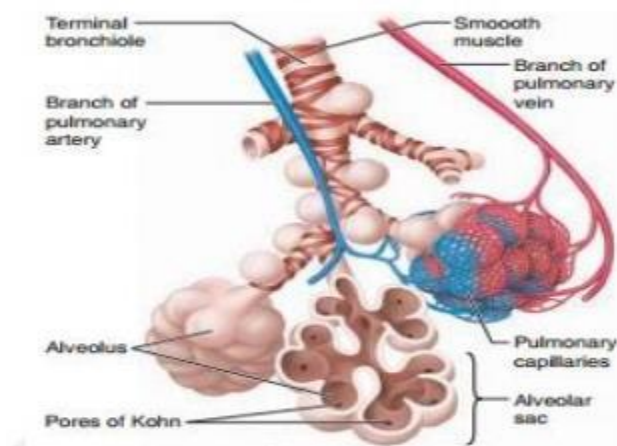
Struktur bronkus

(Martini et al, 2012)

Setelah lahir, trakea terbagi menjadi dua cabang utama, bronkus kanan dan kiri, yang masing-masing bercabang-cabang untuk mengisi paru kanan dan kiri. Di dalam masing-masing paru, bronkus terus bercabang dan semakin sempit, pendek, dan semakin banyak jumlah cabangnya, seperti percabangan pada pohon. Cabang terkecil dikenal dengan sebutan bronkiolus (Sherwood, 2010). Pada pasien PPOK sekresi mukus berlebihan ke dalam cabang bronkus sehingga menyebabkan bronkitis kronis.

f. Paru

Paru-paru dibagi menjadi bagian-bagian yang disebut lobus. Terdapat tiga lobus di paru sebelah kanan dan dua lobus di paru sebelah kiri. Di antara kedua paru terdapat ruang yang bernama cardiac notch yang merupakan tempat bagi jantung. Masing-masing paru dibungkus oleh dua membran pelindung tipis yang disebut parietal dan visceral pleura. Parietal pleura membatasi dinding toraks sedangkan visceral pleura membatasi paru itu sendiri. Di antara kedua pleura terdapat lapisan tipis cairan pelumas. Cairan ini mengurangi gesekan antar kedua pleura sehingga kedua lapisan dapat bergesekan satu sama lain saat bernafas. Cairan ini juga membantu pleura visceral dan parietal melekat satu sama lain, seperti halnya dua kaca yang melekat saat basah (Peate and Nair, 2011).



Gambar 3

Alveoli(Sherwood,2010)

Cabangcabangbronkusterusterbagihinggabagianterkeciyaitubronchiole .Bronchiolepada akhirnyaakan mengarahpada bronchioleterminal.Di bagianakhir bronchioleterminal terdapatsekumpulanalveolus,kantung udarakeciltempat dimanaterjadipertukarangas(Sherwood,2010).

Dindingalveoli terdiridaridua tipesel epitelalveolar.sel tipeImerupakan selepitel skuamosabiasa yangmembentuksebagian besar darilapisan dindingalveolar.Sel alveolartipe IIjumlahnya lebihsedikitdan ditemukan beradadiantara selalveolar tipe I. selalveolartipeIadalah tempatutamapertukaran gas.Sel alveolartipe IImengelilingiselepitel denganpermukaan bebasyang mengandungmikrofiliyang mensekresi cairanalveolar.Cairanalveolarinimengandungsurfaktansehingga dapat menjagapermukaan antarsel tetaplembab danmenurunkan tekananpada cairanalveolar.Surfaktan merupakancampuran kompleksfosfolipid dan lipoprotein.Pertukaran oksigendankarbondioksidaantara ruangudara dan darahterjadi secaradifusi melewatidinding alveolardan kapiler,



dimana keduanya membentuk membran respiratori (Tortora dan Derrickson, 2014). Respirasi mencakup dua proses yang berbeda namun tetap berhubungan yaitu respirasi seluler dan respirasi eksternal. Respirasi seluler mencakup proses metabolisme intraseluler yang terjadi di mitokondria. Respirasi eksternal adalah serangkaian proses yang terjadi saat pertukaran oksigen dan karbon dioksida antara lingkungan eksternal dan sel-sel tubuh (Sherwood, 2014).

Terdapat empat proses utama dalam proses respirasi ini yaitu:

1. Ventilasi pulmonar

Bagaimana udara masuk dan keluar dari paru

2. Respirasi eksternal

Bagaimana oksigen berdifusi dari paru ke sirkulasi darah dan karbon dioksida berdifusi dari darah ke paru

3. Transport gas

Bagaimana oksigen dan karbon dioksida dibawa dari paru ke jaringan tubuh atau sebaliknya

4. Respirasi internal

Bagaimana oksigen dikirim ke sel tubuh dan karbon dioksida diambil dari sel tubuh (Peate and Nair, 2011)

### **2.1.6 Patofisiologi**

Prinsip terjadinya penyakit paru obstruksi kronik yaitu adanya keterbatasan jalannya napas yang tidak sepenuhnya reversibel. Secara progresif terjadinya penyempitan jalan napas dan kehilangan daya elastisitas paru yang berakibat

pada terjadinya penurunan FEV (Forced Expiratory Volume, ketidakadekuatan dalam pengosongan paru dan hiperinflasi (Decramer, 2012).

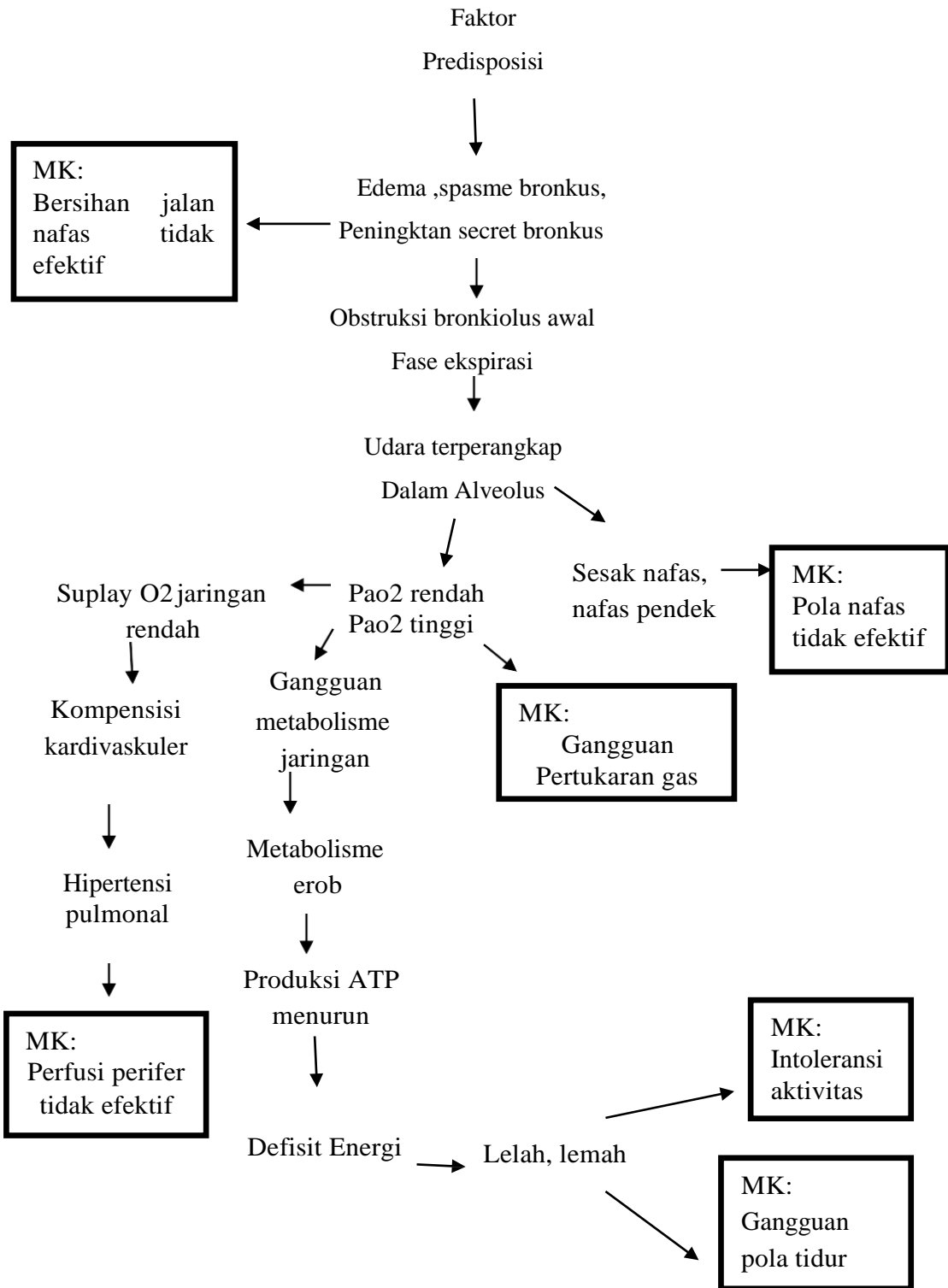
Adanya proses penuaan yang menyebabkan terjadinya penurunan fungsi paru-paru. Keadaan ini menyebabkan terjadinya penurunan elastisitas jaringan paru dan dinding dada yang mengakibatkan terjadinya penurunan kekuatan kontraksi otot pernapasan dan menyebabkan kesulitan dalam bernapas. Selain itu faktor kebiasaan buruk merokok juga dapat menyebabkan cedera pada sel epitel jalan napas yang menyebabkan terjadinya reaksi inflamasi, dimana pada kandungan asap rokok dapat merangsang terjadinya peradangan kronik pada paru-paru.

Mediator peradangan dapat merusak struktur penunjang dari paru-paru. Akibat hilangnya elastisitas saluran pernapasan dan kolapsnya alveolus, maka ventilasi paru berkurang. Saluran udara yang mengalami kolaps terjadi terutama pada saat ekspirasi dimana ekspirasi normal terjadi akibat pengempisan (recoil) paru secara pasif setelah inspirasi. Apabila tidak terjadi pengempisan pasif, maka udara akan terperangkap di dalam paru-paru dan saluran udara kolaps (Greace, 2011).

Fungsi paru menentukan jumlah kebutuhan oksigen yang masuk ke tubuh seseorang, yaitu jumlah oksigen yang diikat oleh darah dalam paru-paru untuk digunakan oleh tubuh. Kebutuhan oksigen sangat erat hubungannya dengan aliran darah ke paru-paru. Berkurangnya fungsi paru-paru juga disebabkan oleh berkurangnya fungsi sistem respirasi seperti fungsi ventilasi paru.

Faktor resiko merokok dan polusi udara menyebabkan proses inflamasi bronkus dan juga dapat menimbulkan kerusakan pada dinding bronkiolus terminalis. Terjadinya kerusakan pada dinding bronkiolus terminalis dapat menyebabkan obstruksi pada bronkiolus terminalis yang akan mengalami obstruksi pada fase awal ekspirasi. Udara yang masuk ke alveol pada saat inspirasi akan tertangkap dalam alveolus pada saat terjadi ekspirasi sehingga akan menyebabkan terjadinya penampungan udara (air trapping). Kondisi seperti ini yang dapat menyebabkan terjadinya keluhan sesak napas.

### 2.1.7 Pathway PPOK



Sumber : Smaltzer & Bare (2002), Soematri (2009), dan Ikawati (2011)

### 2.1.8 Klasifikasi PPOK

klasifikasi PPOK berdasarkan hasil pengukuran  $FEV_1$  dan FVC dengan spirometri setelah pemberian bronkodilator dibagi menjadi GOLD 1, 2, 3, dan 4. Cara kerja tes spirometri adalah pengukuran berat badan tinggi badan terlebih dahulu, kemudian melakukan tes dengan menarik nafas dalam-dalam dengan posisi sungkup mulut terpasang pada mulut. Setelah penuh, tutup bagian mulut, kemudian hebuskan nafas sekuat-kuatnya dan semaksimal mungkin hingga udara dalam paru-paru keluar sepenuhnya dan paru-paru dalam keadaan kosong (Medicalogy, 2008).

Pengukuran spirometri harus memenuhi kapasitas udara yang dikeluarkan secara paksa dari titik inspirasi maksimal (Forced Vital Capacity (FVC)), kapasitas udara yang dikeluarkan pada detik pertama (Forced expiratory volume in one second ( $FEV_1$ )), dan rasio kedua pengukuran tersebut ( $FEV_1/FVC$ ). Pada tabel 2.1 diperlihatkan klasifikasi tingkat keparahan keterbatasan aliran udara pada pasien PPOK.

Tabel 2.1

#### Klasifikasi Derajat Keparahan Keterbatasan Aliran Udara

#### Pasien PPOK ( $FEV_1$ Pasca-Bronkodilator)

Pada pasien dengan $FEV_1/FVC < 0,70$		
GOLD 1	Ringan	$FEV_1 \geq 80\%$ nilai prediksi
GOLD 2	Sedang	$50\% \leq FEV_1 < 80\%$ nilai prediksi
GOLD 3	Berat	$30\% \leq FEV_1 < 50\%$ nilai prediksi
GOLD 4	Sangat Berat	$FEV_1 < 30\%$ nilai prediksi

Sumber: GOLD 2017 Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD.

Keterangan :

- a. GOLD 1: Ringan. Prediksi dari Force expired volume (volume udara yang dapat dihembuskan paksa) lebih dari 80 %.
- b. GOLD 2: Sedang. Prediksi dari Force expired volume in one second (volume udara yang dapat dihembuskan paksa dalam satu detik pertama) lebih dari 50 % dan kurang dari 80 %.
- c. GOLD 3: Berat. Prediksi dari Force expired volume in one second (volume udara yang dapat dihembuskan paksa dalam satu detik pertama) lebih dari 30 % dan kurang dari 50 %.
- d. GOLD 4: Sangat berat. Prediksi dari Force expired volume (volume udara yang dapat dihembuskan paksa) kurang dari 30 %.

### **2.1.9 Komplikasi**

Menurut Soemantri (2009) komplikasi PPOK yaitu:

- a. Hipoksemia

Hipoksemia didefinisikan sebagai penurunan nilai  $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$  dengan nilai saturasi oksigen  $< 85\%$ . Pada awalnya pasien akan mengalami perubahan mood, penurunan konsentrasi, dan menjadi pelupa. Pada tahap lanjut akan menimbulkan sianosis.

- b. Asidosis respiratori

Timbul akibat dari peningkatan nilai PaCO<sub>2</sub> (hiperkapnea). Tanda yang muncul antara lain nyeri kepala, fatigue, letargi, dizziness, dan takipnea.

c. Infeksi respiratori

Infeksi pernafasan akut disebabkan karena peningkatan produksi mukus dan rangsangan otot polos bronkial serta edema mukosa. Terbatasnya aliran udara akan meningkatkan kerja napas dan timbulnya dyspnea.

d. Gagal jantung

Terutama kor pulmonal (gagal jantung kanan akibat penyakit paru), harus diobservasi terutama pada klien dengan dyspnea berat. Komplikasi ini sering kali berhubungan dengan bronkitis kronis, tetapi klien dengan emfisema berat juga dapat mengalami masalah ini.

e. Kardiak disritmia

Timbul karena hipoksemia, penyakit jantung lain, efek obat atau asidosis respiratori.

f. Status asmatikus

Merupakan komplikasi mayor yang berhubungan dengan asma bronkial. Penyakit ini sangat berat, potensial mengancam kehidupan, dan sering kali tidak berespon terhadap terapi yang biasa diberikan. Penggunaan otot bantu pernafasan dan distensi vena leher sering kali terlihat pada klien dengan asma

## 2.10 Penatalaksanaan

### A. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis dari Penyakit Paru Obstruksi Kronik adalah:

- a. Berhenti merokok harus menjadi prioritas.

Mengurangi paparan asap rokok, populasi udara indoor dan outdoor penting untuk mencegah progresif PPOK. Berhenti merokok merupakan intervensi tunggal yang paling efektif untuk menurunkan resiko PPOK dan memperlambat progresi PPOK. Penelitian yang dilakukan oleh Khaled, N, A, (2001), di India mengatakan bahwa berhenti merokok merupakan cara yang dianjurkan pada klien yang mengalami penyakit pernapasan kronik. Penelitian ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Pauwels, R, A. (2001), yang mengungkapkan bahwa klien PPOK yang memprogramkan berhenti merokok lebih berpeluang besar untuk menyelesaikan rehabilitasi paru dibandingkan dengan klien PPOK yang tidak berhenti merokok.

- b. Bronkodilator ( $\beta$ -agonis atau antikolinergik) bermanfaat pada 20-40% kasus.
- c. Pemberian terapi oksigen jangka panjang selama >16 jam memperpanjang usia pasien dengan gagal nafas kronis (yaitu pasien dengan PaO<sub>2</sub> sebesar 7,3 kPa dan FEV<sub>1</sub> sebesar 1,5 L).
- d. Rehabilitasi paru (khususnya latihan olahraga) memberikan manfaat simptomatik yang signifikan pada pasien dengan penyakit sedang-berat.



- e. Operasi penurunan volume paru juga bisa memberikan perbaikan dengan meningkatkan elastic recoil sehingga mempertahankan potensi jalan nafas (Davey, 2002).

## **B. Penatalaksanaan Keperawatan**

Penatalaksanaan keperawatan dari Penyakit Paru Obstruksi Kronik adalah:

- a. Mempertahankan patensi jalan nafas.
- b. Membantu tindakan untuk mempermudah pertukaran gas
- c. Meningkatkan masukan nutrisi
- d. Mencegah komplikasi, memperlambat memburuknya kondisi
- e. Memberikan informasi tentang proses penyakit/prognosis dan program pengobatan (Doenges, 2000).

Tujuan penatalaksanaan PPOK adalah:

- a. Memerbaiki kemampuan penderita mengatasi gejala tidak hanya pada fase akut, tetapi juga fase kronik.
- b. Memerbaiki kemampuan penderita dalam melaksanakan aktivitas harian
- c. Mengurangi laju progresivitas penyakit apabila penyakitnya dapat dideteksi lebih awal.

Penatalaksanaan PPOK pada usia lanjut adalah sebagai berikut:

- a. Meniadakan faktor etiologi/presipitasi, misalnya segera menghentikan merokok, menghindari polusi udara.
- b. Membersihkan sekresi bronkus dengan pertolongan berbagai cara.

- c. Memberantas infeksi dengan antimikroba. Apabila tidak ada infeksi antimikroba tidak perlu diberikan. Pemberian antimikroba harus tepat sesuai dengan kuman penyebab infeksi yaitu sesuai hasil uji sensitivitas atau pengobatan empirik.
- d. Mengatasi bronkospasme dengan obat-obat bronkodilator. Penggunaan kortikosteroid untuk mengatasi proses inflamasi (bronkospasme) masih kontroversial.
  - a) Pengelolaan psikosial, terutama ditujukan untuk penyesuaian diri penderita dengan penyakit yang dideritanya.
- e. Pengobatan simptomatik.
- f. Penanganan terhadap komplikasi-komplikasi yang timbul.
- g. Pengobatan oksigen, bagi yang memerlukan. Oksigen harus diberikan dengan aliran lambat 1-2 liter/menit.
- h. Tindakan rehabilitasi yang meliputi:
  - a) Fisioterapi, terutama bertujuan untuk membantu pengeluaran sekret bronkus.
  - b) Latihan dengan beban olah raga tertentu, dengan tujuan untuk memulihkan kesehatan jasmani.
  - c) Vocational guidance, yaitu usaha yang dilakukan terhadap penderita dapat kembali mengerjakan pekerjaan semula.
  - d) Latihan pernapasan, untuk melatih penderita agar bisa melakukan pernapasan yang paling efektif.

## **Latihan Pernafasan dengan Pursed Lip Breathing**

### **a. Pengertian**

Pursed lip breathing adalah salah satu teknik latihan pernapasan dengan cara menghirup udara melalui hidung dan mengeluarkan udara dengan cara bibir yang lebih dirapatkan dengan waktu ekspirasi yang dipanjangkan. Pernapasan dengan bibir dirapatkan, yang dapat memperbaiki transport oksigen, membantu untuk mengontrol pola nafas lambat dan dalam, dan membantu pasien untuk mengontrol pernapasan, bahkan dalam keadaan stress fisik. Tipe pernapasan ini membantu mencegah kolaps jalan sekunder terhadap kehilangan elastisitas paru (Smeltzer et al., 2008).

Pursed lip breathing adalah latihan pernapasan dengan menghirup udara melalui hidung dan mengeluarkan udara dengan cara bibir lebih dirapatkan atau dimonyongkan dengan waktu ekshalasi lebih diperpanjang. Terapi rehabilitasi paru-paru dengan pursed lip breathing ini adalah cara yang sangat mudah dilakukan, tanpa memerlukan alat bantu apapun, dan juga tanpa efek negative seperti pemakaian obat-obatan (Smeltzer & Bare, 2013).

### **b. Tujuan**

Tujuan pursed lip breathing untuk memperpanjang pernapasan dan meningkatkan tekanan jalan nafas selama eskpirasi sehingga dapat mengurangi jumlah udara yang terperangkap dan mengurangi hambatan jalan napas, membantu pasien dalam memperbaiki transpor oksigen, mengatur pola nafas lambat dan dalam, membantu pasien

untuk mengontrol pernapasan, dan mencegah kolaps alveoli (Smeltzer et al., 2008).

Pursed lip breathing dapat meningkatkan aliran udara ekshalasi dan mempertahankan kepatenan jalan napas yang kolaps selama ekshalasi. Proses ini membantu menurunkan pengeluaran udara yang terjebak sehingga dapat mengontrol ekspirasi dan memfasilitasi pengosongan alveoli secara maksimal (Khasanah 2013).

c. Teknik Pursed Lip Breating

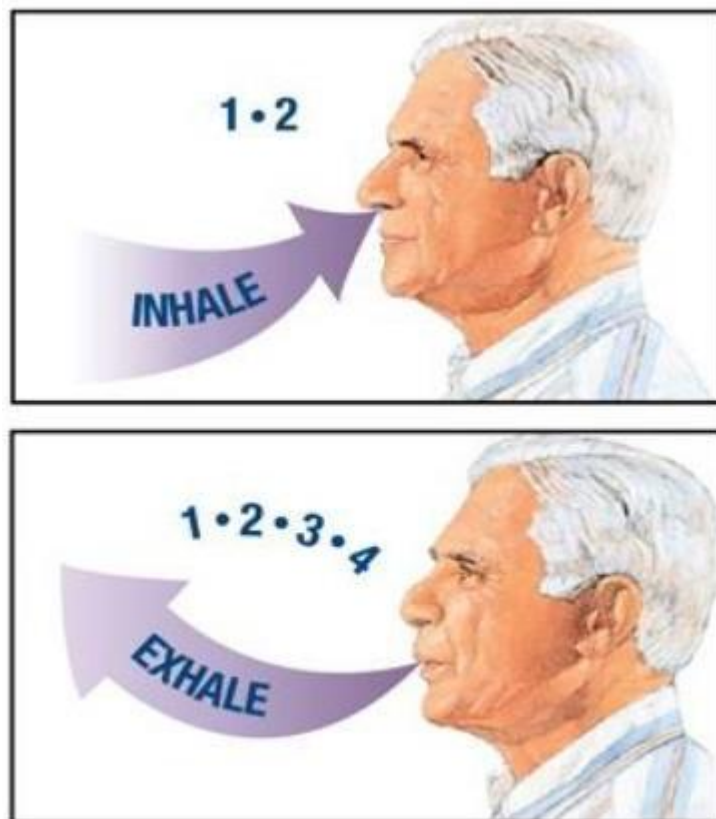
Pursed lips breathing sedapat dilakukan dalam dua keadaan yakni dalam keadaan tidur dan duduk dengan menghirup udara dari hidung dan mengeluarkan udara dari mulut dengan mengatupkan bibir (Smeltzer et al., 2008). Berikut adalah langkah-langkah melakukan pursed lips breathing exercise (Smeltzer et al., 2008):

- 1) Anjurkan pasien untuk rileks dan berikan posisi yang nyaman.
- 2) Berikan instruksi pada pasien untuk menghirup nafas melalui hidungsambil melibatkan otot-otot abdomen menghitung sampai 3 seperti saat menghirup wangi dari bunga mawar.
- 3) Berikan instruksi pada pasien untuk menghembuskan dengan lambat dan rata melalui bibir yang dirapatkan sambil mengencangkan otot-otot abdomen (merapatkan bibir meningkatkan tekanan intratrakeal . menghembuskan melalui mulut memberikan tahanan lebih sedikit pada udara yang dihembuskan).

- 4) Hitung hingga 7 sambil memperpanjang ekspirasi melalui bibir yang dirapatkan seperti sedang meniup lilin.

Melakukan pursed lips breathing exercise sambil duduk:

- 1) Anjurkan pasien untuk duduk dengan rileks.
- 2) Anjurkan pada pasien untuk melipat tangan diatas abdomen.
- 3) Berikan instruksi pada pasien untuk menghirup nafas melalui hidung sampai hitungan 3 dan hembuskan nafas melalui bibir yang dirapatkan sambil menghitung hingga hitungan 7 (Smeltzer et al., 2008).



**Gambar 4**

**Pursed Lip Breating**

**(Smelzer et l., 2013)**

d. Mekanisme Pursed Lip Breathing

Pursed lip breathing merupakan latihan pernapasan yang menekankan pada proses ekspirasi yang dilakukan secara tenang dan rileks dengan tujuan untuk mempermudah proses pengeluaran udara yang terjebak oleh saluran napas (Potter and Perry 2010).

Pursed lip breathing exercise terdiri dari dua mekanisme yaitu inspirasi secara normal serta ekspirasi aktif dalam dan panjang. Proses ekspirasi secara normal merupakan proses mengeluarkan napas tanpa menggunakan energi lebih, namun ada teknik pursed lip breathing akan melibatkan proses ekspirasi secara aktif dan panjang. Inspirasi dalam dan ekspirasi panjang pada teknik pursed lip ini akan membantu meningkatkan kekuatan kontraksi otot intra abdomen. Kekuatan otot intra abdomen meningkatkan menyebabkan tekanan intra abdomen meningkat melebihi pada saat ekspirasi pasif. Tekanan intra abdomen yang meningkat lebih kuat akan meningkatkan pergerakan diafragma ke atas dan membusa rongga thorak semakin mengecil. Rongga thorak yang semakin mengecil ini menyebabkan tekanan intra alveolus semakin meningkat sehingga lebih tinggi tekanan udara atmosfer. Kondisi tersebut akan menyebabkan udara dapat mengalir keluar dari paru ke atmosfer. Ekspirasi panjang saat berapas pursed lip breathing juga akan menyebabkan obstruksi jalan napas dihilangkan sehingga resistensi pernapasan menurun. Penurunan resistensi pernapasan akan memperlancar udara yang dihirup dan dihembuskan sehingga akan mengurangi sesak napas (Smeltzer et al., 2008).

e. Manfaat Pursed Lip Breathing

Latihan pernapasan dengan teknik pursed lip ini dapat membantu meningkatkan compliance paru untuk melatih kembali otot-otot pernapasan untuk dapat berfungsi dengan baik serta mencegah distress pernapasan (Ignatavicius and Workmann, d.). Latihan pernapasan pursed lip dapat mencegah atelektasis dan meningkatkan fungsi ventilasi pada paru, memulihkan kemampuan otot pernapasan, meningkatkan compliance paru sehingga membantu ventilasi lebih adekuat dan menunjang oksigenasi jaringan (Westerdal 2005).

## 2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis

### 2.2.1 Pengajian

Pengkajian adalah proses mengumpulkan informasi atau dasar tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Tujuan dari pengkajian adalah untuk memperoleh informasi tentang kesehatan pasien, menentukan masalah keperawatan pasien, menilai keadaan kesehatan pasien, membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya (Dermawan, 2012).

Pengkajian yang dilakukan pada pasien PPOK:

a. Biodata Pasien

Biodata pasien setidaknya berisi tentang nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan dan pendidikan. Umur pasien dapat menunjukkan tahap perkembangan fisik dan psikologis pasien. Jenis kelamin dan pekerjaan

perlu dikaji untuk mengetahui terjadinya masalah atau penyakit dan tingkat pendidikan dapat berpengaruh terhadap pengetahuan pasien tentang penyakitnya (Muttaqin, 2014)

b. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan yang perlu dikaji meliputi data saat ini dan masa lalu. Perawat mengkaji pasien atau keluarganya berfokus pada manifestasi klinis dari keluhan utama, keadaan yang memuat kondisi sekarang ini, riwayat kesehatan masa lalu dan riwayat kesehatan keluarga (Muttaqin, 2014).

c. Keluhan Utama

Keluhan utama yang bisa muncul pada pasien PPOK adalah sesak nafas yang sudah berlangsung lama sampai bertahun-tahun dan semenjak beresalah erativita, batu, demam, batuk, sesak semakin bertambah dan ada kelemahan (Muttaqin, 2014).

d. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien dengan serangan PPOK datang mencari pertolongan terutama dengan keluhan utama sesak nafas, kemudian diikuti dengan gejala-gejala lain seperti wheezing, lendir dan sekresi yang sangat banyak sehingga menyumbat jalan nafas (Muttaqin, 2014)

e. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pada PPOK dianggap sebagai penyakit yang berhubungan dengan interaksi genetik dengan lingkungan, seperti merokok atau tempat kerja yang penuh polusi (Muttaqin, 2014).

f. Riwayat Kesehatan Keluarga



Menurut Muttaqin (2014) tujuan menanyakan riwayat kesehatan keluarga dan sosial penyakit paru-paru sekurang-kurangnya ada 3 hal, yaitu:

1. Penyakit infeksi tertentu, manfaat menanyakan riwayat kontak dengan orang terinfeksi akan dapat diketahui sumber penularannya.
2. Kelainan alergi
3. Tempat tinggal pasien, kondisi lingkungan misalnya adanya polusi udara.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik fokus pada pasien PPOK, yakni

1. Inspeksi

Pada pasien dengan PPOK, terlihat adanya peningkatan usaha dan frekuensi pernafasan, serta penggunaan otot bantu pernafasan. Pada saat inspeksi, biasanya dapat terlihat pasien mempunyai bentuk dada barrel chest akibat udara yang terperangkap, penipisan massa otot, bernafas dengan bibir yang dirapatkan dan pernafasan abnormal yang tidak efektif (Muttaqin, 2014).

2. Palpasi

Pada palpasi, ekspansi meningkat dan taktil fremitus biasanya menurun (Muttaqin, 2014).

3. Perkusi

Pada perkusi, didapatkan suara normal sampai hipersonor sedangkan diafragma mendatar atau menurun (Muttaqin, 2014).

4. Auskultasi

Pada auskultasi, sering didapatkan bunyi suara nafas ronkhi basah halus dan wheezing sesuai tingkat keparahan obstruktif pada bronkiolus (Muttaqin, 2014).

### **2.2.2 Pemeriksaan Penunjang**

#### **a. Uji fungsi paru**

Uji fungsi paru meliputi spirometri sederhana, pengukuran volume paru formal, kapasitas difusi karbonmonoksida (CO) dan gas darah arteri. Uji fungsi paru digunakan untuk mengukur dan merekam 4 komponen paru yaitu saluran napas (besar dan kecil), parenkim paru (alveoli, interstitial), pembuluh darah paru dan mekanisme pemompaan (Harahap, 2012).

#### **b. Pemeriksaan darah**

Pemeriksaan darah pada pasien PPOK meliputi cek darah rutin yaitu Hb, Hematokrit, dan leukosit. Polisitemia akan timbul sebagai tanda telah terjadi hipoksia kronik (Kemenkes, 2008).

#### **c. Pemeriksaan radiologi**

Pada pemeriksaan rontgen thorax AP tampak gambaran hiperlusen, pelebaran sela iga dan pendataran diafragma yang merupakan gambaran dari emfisema. Emfisema merupakan salah satu bentuk PPOK. Pemeriksaan radiologi lain yang memungkinkan dilakukan pada pasien PPOK yaitu computed tomography (CT). Berdasarkan penelitian yang dilakukan selama lima tahun pada pasien-pasien

penderita PPOK di Jepang ditemukan adanya perburukan gambaran CT-empiema terkait dengan penurunan nilai VEP (Anindito, 2015).

d. Pemeriksaan EEG (Electroenkephalogram)

Banyak ditemukan pasien dengan keluhan sesak nafas seperti PPOK dan asma mengalami gangguan tidur. Jika gangguan tidur ini dibiarkan menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien akibat gangguan tidur, maka dapat dilakukan dengan pemberian terapi EEG (Electroencephalogram). Sampai saat ini sistem klasifikasi untuk tingkatan tidur yang diterima adalah usulan dari Rechtschaffen dan Kales yaitu dengan pemeriksaan EEG. Pada waktu non rapid eye movement (NREM) sleep gelombang otak makin lambat dan teratur. Tidur makin dalam serta pernafasan menjadi lambat dan teratur. Tidur REM lebih dangkal, ditandai dengan gerakan bola mata cepat di bawah kelopak mata yang tertutup. Pada waktu REM, orang tidak lagi mendengkur, nafas menjadi tak teratur, aliran darah ke otak bertambah dan temperatur tubuh naik, disertai banyak gerakan tubuh. Gelombang listrik tampak seperti tingkat 1 dari tidur (Atmadja W, Benny, 2013).

### **2.2.3 Diagnosis Keperawatan**

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d spasmen jalan nafas, hipersekresi di jalan nafas, sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi (D.0149)
- b. Pola nafas tidak efektif b.d hambatan upaya nafas, penurunan energi, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru dibuktikan dengan

dipnea, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas abnormal

(D.0005)

- c. Gangguan pertukaran gas b.d ketidak seimbangan ventilasi-perfusi dibuktikan dengan dispnea (D.0003)
- d. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah dibuktikan dengan akral terasa dingin (D.0009)
- e. Intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan dispnea saat beraktivitas (D.0056)
- f. Gangguan pola tidur b.d restraint fisik dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur (D.0055)

#### 2.2.4. intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intrevensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas, hipersekresi di jalan napas, sekresi yang tertahan dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi</p> <p>Defenisi Kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten</p>	<p>Bersihkan jalan nafas: Kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka Bersihkan Jalan Napas Meningkatkan</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk efektif meningkat</li> <li>2. Produksi sputum menurun</li> <li>3. Mengi Wheezing menurun</li> <li>4. Dispnea menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Frekuensi nafas membaik</li> <li>7. Pola nafas membaik</li> </ol>	<p><b>Latihan batuk Efektif</b></p> <p>Defenisi: Melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laring- trakea dan bronkiolus dari sekret atau benda asing di jalan napas</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan batuk</li> <li>2. Monitor adanya retensi sputum</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas</li> <li>4. Monitor input dan output (mis, jumlah, karakteristik)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur posisi semi-fowler</li> <li>2. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien</li> <li>3. Buang sekret di tempat sputum</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan dan tujuan batuk efektif</li> <li>2. Anjurkan menarik nafas dalam dari hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian elurgan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan selama 8 detik)</li> <li>3. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali</li> </ol>

		4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke -3
		<b>Kolaborasi</b>
		1. Kolaborasi pemberiak mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.
<b>2.</b>	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas, penurunan energi, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru dibuktikan dengan dipnea, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas abnormal	
	Defenisi: Inspirasi dan/ atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat	
	Pola Nafas Definisi: Inspirasi dan/atau ekspirasi yang memberikan ventilasi adekuat Setelah dilakukan intervensi keprawatan selama 3 X 24 jam maka pola napas membaik dengan kriteria hasil:	
	1. Jalan nafas paten	
	2. Sekret berkurang	
	3. Frekuensi nafas dalam batas normall	
	4. Kilen mampu melakuan Batuk efektif dengan benar	
		<b>Menejemen Jalan Nafas</b>
		Definisi: mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas
		Tindakan :
		Observasi :
		1. Monitor pola nafas ( frekuensi, kedalaman, usaha napas )
		2. Monitor bunyi nafas tambahan ( mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering )
		3. Monitor sputum ( jumlah, warna, aroma )
		Teraupeutik :
		1. Pertahankan kapatanen jalan napas dengan head-tilt dan chin- lift ( jaw-thrust jika curiga trauma Servikal )
		2. Posisikan semi-fowler atau fowler
		3. Berikan minum hangat
		4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
		5. Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakea
		6. Keluarkan sumbatan benda padat dengan

---

forsepMcGill

7. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
8. Berikan oksigen , jika perlu

Edukasi :

1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari,jika tidak kontraindikasi
2. Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran,mukolitik, jika perlu

### **Latihan Batuk Efektif**

Definisi : melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk efektif secara efektif untuk membersihkan laring, trakea dan bronkulus dari sekret atau benda asing di jalan nafas.

Tindakan :

Observasi

1. Identifikasi kemampuan batuk
2. Monitor adanya retensi sputum
3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas
4. Monitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik)

Terapeutik

1. Atur posisi semi fowler atau fowler - Pasang
-

---

perlak dan bengkok di pangkuan pasien

2. Buang sekret pada tempat sputum

#### Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif -  
Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik ,ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu ( dibulatkan) 8 detik.
2. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali
3. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3

#### Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu

#### **Pemantauan Respirasi**

Definisi : mengupulkan dan menganalisis data untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan ke efektifan pertukaran gas.

Tindakan :

Observasi :

1. Monitor frekuensi,irama, kedalaman dan upaya nafas
  2. Monitor pola napas seperti ( seperti bradipnea taipnea,hiperventilasi)
  3. Monitor kemampuan batuk efektif
-



		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>5. Monitor adanya sumbatan jalan nafas</li> <li>6. Palpasi kesmetrisan ekspansi paru</li> <li>7. Auskultasi bunyi napas</li> <li>8. Monitor saturasi oksigen</li> <li>9. Monitor nilai AGD</li> <li>10. Monitor hasil x-ray toraks</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan resprasi sesuai kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p>Eduasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan perusedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan , jika perlu</li> </ol>
<p><b>3.</b></p> <p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler, dibuktikan dengan dispnea.</p> <p>Defenisi: Kelebihan atau kekurangan oksigen dan/atau karbondioksida pada membran alveolus-kapiler</p>	<p>Petukaran gas</p> <p>Defenisi: Oksigen dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler dalam batas normal</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keprawatan selama 3 X 24 jam maka pertukaran gas meningkat</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dispnea menurun</li> <li>2. bunyi napas tambahan menurun</li> </ol>	<p><b>Terapi oksigen</b></p> <p>Defenisi: Memberikan tambahan oksigen untuk mencegah dan mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. monitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>2. monitor posisi alat terapi oksigen</li> <li>3. monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</li> </ol>

- 
3. PO<sub>2</sub> membaik
  4. Pola nafas membaik

4. monitor efektifitas terapi oksigen (mis: oksimetri, analisa gas darah) jika perlu
5. monitor kemampuan melepaskan oksigen dan atelektasis.
6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi
7. Monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis
8. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen
9. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasanga oksigen

**Terapeutik**

1. Bersihan sekret pada mulut, hidung dan trakea, jika perlu
2. Pertahankan kepatenan jalan napas
3. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen
4. Berikan oksigen tambahan, jika perlu
5. Tetap berikan oksigen saat pasien ditransportasi
6. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilisasi pasien

**Edukasi**

1. Ajarkan pasien dan kelurgan cara menggunakan oksigen di rumah.

**Kolaborasi**

1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen
  2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur
-

---

4.

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, dibuktikan dengan akral terasa dingin

Defenisi:

Penurunan sirkulasi darah pada lever kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

#### **Perfusi perifer**

Defenisi:

Keadekuatan aliran darah pembuluh darah distal untuk menunjang fungsi jaringan.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka perfusi perifer meningkat

#### **Kriteria hasil :**

1. Denyut nadi perifer meningkat
2. Warna kulit pucat menurun
3. Pengisian kapiler membaik
4. Akral membaik
5. Turgor kulit membaik
6. Tekanan darah sistolik membaik
7. Tekanan darah diastolik membaik

#### **Perawatan sirkulasi**

Defenisi:

Mengidentifikasi dan merawat area lokal dengan keterbatasan sirkulasi perifer

#### **Tindakan:**

#### **Observasi :**

1. Periksa sirkulasi perifer ( mis. Nadi, perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle – brachial index )
2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi ( mis. Diabetes, merokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)
3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas.

#### **Terapeutik :**

1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi.
2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi
3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
4. Lakukan pencegahan infeksi
5. Lakukan perawatan kaki dan kuku
6. Lakukan hidrasi

#### **Edukasi :**

---

- 
1. Anjurkan berhenti merokok
  2. Anjurkan berolahraga rutin
  3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
  4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu.
  5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
  6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
  7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat ( mis. Melembabkan kulit kering pada kaki )
  8. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler
  9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi ( mis. Rendah lemak jenuh , minyak ikan omega 3 )
  10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan ( mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa )
-

<p><b>5.</b> Gangguan pola tidur berhubungan dengan restraint fisik, hambatan lingkungan, dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur</p> <p>Defenisi:</p> <p>Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal</p>	<p><b>Pola tidur</b></p> <p>Defenisi:</p> <p>Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka pola tidur membaik</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Istirahat meningkat</li> <li>4. Kemampuan beraktivitas meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan tidur</b></p> <p>Defenisi:</p> <p>Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> <li>3. identifikasi makan dan minum yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>4. identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p><b>terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>2. batasi waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3. fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> <li>4. tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</li> <li>6. sesuaikan jadwal pemberian obat dan /atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> </ol>
--	--	--

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. anjurkan menghindari makanan/minum yang menggugung tidur</li> <li>4. anjurkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>5. anjurkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shif bekerja)</li> <li>6. ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.</li> </ol>
<p><b>6.</b></p> <p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, dibuktikan dengan dispnea saat</p> <p>Defenisi:</p> <p>Ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari</p>	<p><b>Toleransi Aktivitas</b></p> <p>Defenisi:</p> <p>Respon fisiologi terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga</p> <p>Setalah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat</p> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. saturasi oksigen meningkat</li> <li>2. kemudahan dalam aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>3. keluhan lelah menurun</li> <li>4. dispnea saat aktivitas menurun</li> <li>5. tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen energi</b></p> <p>Defenisi:</p> <p>Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p>

---

6. frekuensi napas membaik

1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan

**Edukasi**

1. Anjurkan tirah baring
2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

**Kolaborasi**

1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
-

#### **2.4.4 Implementasi**

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008)

#### **2.4.5 Evaluasi**

Evaluasi keperawatan adalah penilaian terakhir keperawatan yang didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dan kriteri hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi individu (Nursalam. 2008). Evaluasi keperawatan dilakukan dalam bentuk pendekatan SOAP. Evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen yaitu:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan evaluasi keperawatan
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Evaluasi keperawatan



**BAB III**  
**ASUHAN KEPERAWATAN**

**3.1 Pengkajian**

**A. Identitas**

Nama Pasien : Ny.A  
Umur : 60 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Pendidikan : SD  
Status Perkawina : Kawin  
Suku : Jambak  
Alamat : Kamang Mangek, Bukittinggi  
Diagnosa Medis : Penyakit paru obstruktif kronis (**PPOK**)  
No MR : 11-17-39-20  
Tanggal MRS : 15-10-2020  
Tanggal Pengajian : 17-10-2020

**B. Penanggung Jawab**

Nama : Ny.R  
Umur : 35 Tahun  
Hubungan : Anak  
Alamat : Kamang Mangek, Bukittinggi

### **C. Status Kesehatan**

#### **1. Keluhan Utama**

Klien masuk melalui IGD dengan Keluhan sesak nafas semenjak 3 hari yang lalu, sesak awalnya dirasakan saat beraktivitas, sesak semakin memberat 2 jam SMRS.

#### **2. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Saat melakukan pengkajian di ruangan jantung pada tanggal 17 -10-2019 klien mengatakan nafas masih sesak, klien terpasang oksigen dengan nasala kanul 4 l/jam, sesak meningkat saat beraktivitas seperti banyak bergerak, klien mengeluh batuk, batuk berdahak, dahak susah keluar karena sudah kental, warna dahak kehijauan, klien mengeluh nafsu makan menurun, klien mengeluh lidah terasa pahit, klien juga mengatakan susah tidur dan sering terbangun karena nafas sesak, klien juga mengatakan belum BAB semenjak 2 hari yang lalu. vital sign yang di dapatkan saat melakukan pengkajian yaitu TD 155/90 mmHg, HR 76 x/mnt, RR 30 x/mnt, S 36,0<sup>0</sup>c.

#### **3. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit stroke dan hipertensi semenjak 10 tahun yang lalu.

#### **4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien mengatakan tidak memiliki penyakit keturunan dan tidak ada keluarga yang mengalami sakit yang sama dengan klien.

#### **5. Faktor Pencetus**

Faktor pencetus yang terjadi pada Ny.A yaitu akibat dari hipertensi dan stroke yang di derita.

6. Lama Keluhan

Klien mengatakan keluhan dirasakan 3 hari sebelum masuk rumah sakit.

7. Faktor Pemberat

Faktor pemberat pada Ny.A yaitu usia yang sudah memasuki usia lanjut dan juga riwayat penyakit terdahulu klien yang pernah mengalami hipertensi dan stroke.

**D. Upaya Yang Dilakukan Untuk Mengatasi**

1. Upaya Yang Dilakukan Sendiri

Klien mengatakan uapaya yang dilakukan sendiri yaitu banyak istirahat dan mengurangi aktivitas.

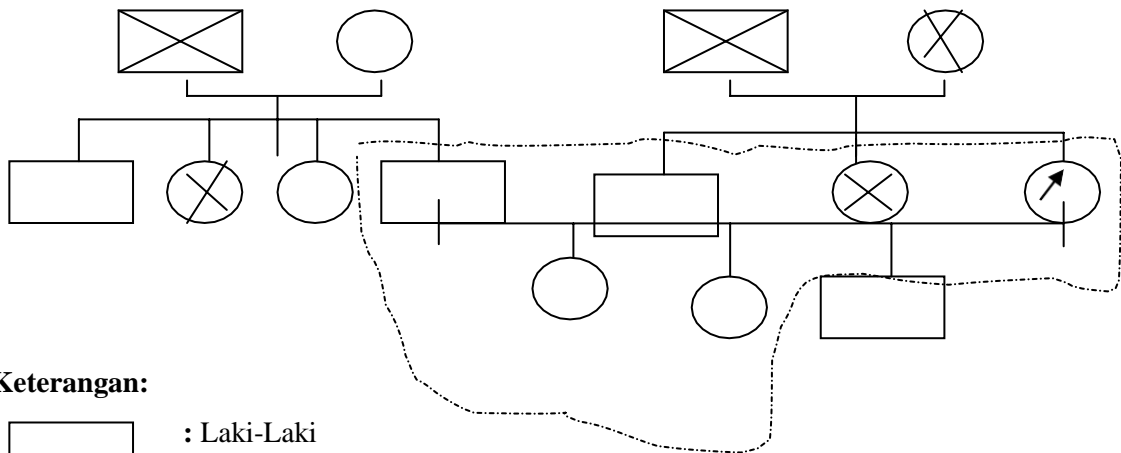
2. Upaya Yang Dilakukan Orang Lain

Keluarga Ny.A mengatakan upaya yang dilakukan setelah mengetahui keluhan Ny.A yaitu langsung membawa ke RS untuk mendapatkan pertolongan.

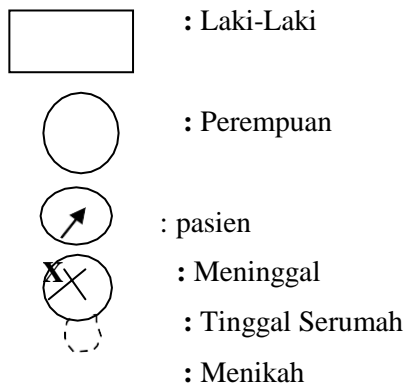
**E. Diagnosa**

**PPOK**

## F. Genogram



### Keterangan:



## G. Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Dirumah	Dirumah sakit
1.	<b>Pola nutrisi dan cairan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi makan: 3x/hari</li> <li>- Intake cairan Minum air <math>\pm</math> 8 gelas perhari</li> <li>- Diet Keluarga mengatakan klien menyukai makanan yang lunak karena sudah tua dan tidak ada gigi lagi</li> <li>- Makanan dan minum yang disukai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- frekuensi makan: 3x sehari sesuai dengan jadwal makan rumah sakit, nafsu makan menurun, porsi yang habis <math>\frac{1}{4}</math> porsi rs</li> <li>- intake cairan minum lebih kurang 2 liter/hari</li> <li>- Diet Keluarga mengatakan diet pasien selama di rumah sakit yaitu ML (makanan</li> </ul>

	<p>Keluarga mengatakan pasien tidak menyukai makan yang berat.</p> <p>- Nafsu makan</p> <p>Keluarga mengatakan nafsu makan pasien baik, pasien tidak menjadi penurunan berat badan sejak 3 bulan yang lalu</p>	<p>Lunak) keluarga mengatakan klien menyukai makanan lunak karena sudah tua dan tidak ada gigi lagi</p>
<b>2. Pola eliminasi</b>	<p>a. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi: 1x sehari</li> <li>- Pencahar: tidak ada</li> <li>- Waktu: keluarga mengatakan biasanya BAB di pagi hari.</li> <li>- Warna: BAB pasien tampak berwarna</li> <li>- Konsintes : biasa</li> </ul> <p>b. BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi : 4 – 6 kali sehari</li> <li>- Warna: kuning</li> <li>- Bau: kas</li> </ul>	<p>a. BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi: belum BAB selama 2 hari</li> <li>- Pencahar: dulcolax 5 mg</li> </ul> <p>b. BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi: klien terpasng kateter</li> <li>- Urin output: 800 cc</li> <li>- Warna : kuning pekat</li> <li>- Bau : kas</li> </ul>
<b>3. Pola tidur dan istirahat</b>	<p>- Waktu tidur: jam 21.00 wib</p> <p>Keluarga mengatakan klien tidur setelah isya sampai jam 5 subuh.</p>	<p>- Waktu tidur: keluarga mengatakan klien mengalami susah tidur dan waktu tidur tidak menentu.</p> <p>- Klien mengatakan sering terbangun karena nafas</p>

---

	Lama: 6-9 jam	sesak
	- Kebiasaan sebelum tidur: keluarga mengatakan sebelum tidur klien baca doa dan ayat-ayat al-quran	- Kebiasaan sebelum tidur: keluarga mengatakan sebelum tidur klien baca doa dan ayat-ayat al-quran
	- Kesulitan dalam tidur: tidak ada.	
<b>4. Personal hygiene</b>	- Gosok gigi Frekuensi 2 x sehari pagi dan sore hari	- Gosok gigi Frekuensi kadang-kadang, gosok gigi di tempat tidur di bantu keluarga
	- Mandi Frekuensi 2 x sehari, pagi dan sore hari, menggunakan sabun	- Mandi Selama dirawat di RS Klien mengatakan belum madin
	- Keramas Sekali 2 hari menggunakan shampoo	

---

## H. Pola Presepsi Dan Konsep Diri

### 1. Gambaran Diri

Klien mengatakan klien bisa menerima dengan keadaan fisik tubuhnya saat ini.

### 2. Harga Diri

Klien mengatakan harga dirinya semakin bertambah karena keluarganya memberikan dukungan kepada klien.

### 3. Peran

Klien mengatakan perannya saat ini adalah sebagai seorang ibu dan seorang istri

4. Ideal Diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan dapat menjalani fungsi dengan baik.

5. Identitas

Klien mengatakan menyadari identitasnya sebagai seorang ibu dan seorang istri bagi suaminya dan anak-anaknya.

6. Pola Peran dan Hubungan

Klien mengatakan perannya saat ini adalah seorang ibu dan istri dari suaminya. Hubungan klien dengan orang terdekat tidak mengalami masalah. Saat di rumah sakit klien juga berinteraksi baik dengan keluarga dan warga di sekitar tempat tinggal.

7. Pola reproduksi dan seksualitas

Klien sudah menikah satu kali, memiliki 3 orang anak. Klien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat gangguan reproduksi.

8. Pola koping dan stress

Klien mengatakan apabila ada masalah pasti di diskusikan dengan keluarganya dan maupun saudara saudara terdekatnya. Klien menyelesaikan masalahnya dengan musyawarah. klien terlihat cemas dan stress akan penyakit yang di deritanya.

9. Pola Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan klien beragama Islam dan selalu taat dalam menjalankan kewajiban sholatnya walaupun ditempat tidur.

## I. Pemeriksaan Fisik

### 1. keadaan umum

kesadaran: Composmentis

### 2. Tanda-tanda vital

- TD: 155/90 mmHg.

- R: 30 x/mnt

- S: 36<sup>0</sup>C

- N: 76x/menit

### 3. Berat badan

- sebelum sakit: 60 kg

- setelah sakit: 60 kg

## J. Pemeriksaan Heat toe toe

**Kepala** : Bentuk kepala mesocephal, rambut sudah beruban, rambut lepek, kepala sedikit kotor bersih, ada ketombe dan tidak ada lesi

**Mata** : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik , penglihatan kabur, klien menggunakan alat bantu penglihatan, tidak ada udem di sekitar mata.

**Hidung** : Hidung kiri kanan simetris, hidung bersih, tidak ada secret, tidak ada pembesaran polip, fungsi penciuman normal. Terpasang oksigen 4 l/mnt

**Mulut** : Lidah kotor, mukosa lembab, tidak ada karang gigi, gusi baik tidak ada pendarahan

**Telinga** : Bersih, simetris kiri dan kanan, tidak ada gangguan pendengaran

**Leher** : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran limfe nodus. Tidak ada peningkatan JVP.



## **Dada**

### **Paru-paru** :

- Inspeksi : Bentuk dada normal: diameter anterior posterior-transversal= 1: 2, frekuensi nafas 30 x/mnt,
- Palpasi : Vocal fremitus kanan dan kiri sama getarannya, tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : di temukan sonor di sisi kiri
- Askultasi : Terdengan bunyi ronchi +

### **Jantung**

- Inspeksi : Incut kordis tampak
- Palpasi : Incus kordis teraba
- Perkusi : Suara redup
- Askultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 reguler

### **Abdomen**

- Inspeksi : Perut kelihatan lebih besar, dengan diameter 30 cm
- Askultasi : Peristaltik usus 10x.i
- Palpasi : Abdomen supel, hati dan limfe tidak teraba, nyeri tekan (-)
- Perkusi : Timpani
- Genitalia : Tidak ada gangguan pada genitalia. terpasang kateter
- Ekstremitas : Terpasang infus pada tangan kiri dengan cairan Asering 12 tpm. Turgor kulit cukup baik

## K. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1  
Pemeriksaan Labor

Hari atau tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil (satuan)	Normal
15-10-2019	WBC	3.2 k/ul	1-10 ribu q/dl
	Lym	27,3%	20-40%
	Mid	1,5 k/ul	1-10%
	GRA	64,2%	40-80%
	RBC	5,32m/ul	4,5-5,0 g/c
	HGB	16,9 g/dl	14-16 q/dl
	HCT	47,2%	40-48%
	MCV	88.8 ft	80-99ft
	MCH	30.1pg	26,50-33,5 pg
	MCHC	33,9 g/dl	32,9-36,0%
	PLT	232 k/ul	150-450 rim/mm <sup>3</sup>

Tabel 3.2  
Pemeriksaan Radiologi

Hari/tanggal	Jenis pemeriksaan	Kesan
15-10-2019	EKG	Intervention sinus tachicardi R/S Invansion area vetneem Vs and V6 Abnormal EKG.
	Radiologi	Bronchitis Pleural Reaction bilateral Besar cor normal Trachea dan medistinum di tenggah Tak tampak penebalan hilus Sistema tulang tak tampak kelainan.

Tabel 3.6  
Pemberian Terapi

Hari/tanggal	Obat	Dosis	Rute
	Infus asering	12 tpm	IV
	Inj cefotaxim	2x 125 gram	
	Inj Methilprednisolon	2x 25 gram	IV
	Inj lasix	1x 20 gram	IV
	Valsatran	1x 80 gram	IV
	Vectrine kapsul	3x300 ml	Oral
	Nebu combiven	2,1/2 ml/ 8 jam	Inheler
	Dulkolax	5 mg	Oral

### DATA FOKUS

#### Data Subjektif:

1. Klien mengatakan sesak nafas meningkat saat banyak beraktifitas
2. Klien mengatakan batuk berdahak,
3. Klien mengatakan dahak susah dikeluarkan karna sudah kental
4. Klien mengatakan badan lemas dan susah untuk beraktifitas
5. Klien mengatakan aktivitas di bantu perawat dan keluarga
6. Klien mengatakan nafsu makan menurun
7. Klien mengatakan lidah terasa pahit
8. Klien mengatakan susah tidur
9. Klien mengatakan sering terbangun
10. Klien mengatakan selama di rs belum ada keramas
11. Klien mengatakan selama di rs belum ada mandi

**Data Objektif:**

1. Klien tampak sesak pernafasan klien 30 x/menit klien terpasang oksigen dengan nasakanul 4 l/menit
2. Klien tampak batuk berdahak dan nafas klien sesak, dahak sudah kental dan berwarna kehijauan
3. Ada suara Ronkhi di paru saat akhir inspirasi dan ekspirasi
4. Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur
5. Klien tampak sering terbangun sewaktu tidur
6. Makanan tampak tidak habis, Cuma habis separoh dari porsi yang di berikan karna nafsu makan klien menurun makanan yang di berikan ML
7. Klien tampak meminum obat bab Dulcolax 5 mg karna sudah dua hari belum ada bab
8. Klien tampak terpasang oksigen 4 l/jam Tekanan darah 155/80 mmHg  
Nadi 76 x/mnt Pernafasan 30 xmnt Suhu 36.0 °c
9. Aktivitas tampak dibantu keluarga dan perawat.
10. Lidah klien tampak berjamur karna jarang membersihkan mulut
11. Kepala tampak sedikit kotor, rambut lepek dan ada ketombe
12. Badan bau keringat
13. Tanda-tanda vital
  - TD: 155/90 mmHg.
  - R: 30 x/mnt
  - S: 36°C
  - N: 76x/menit
14. Hasil pemeriksaan lab yang abnormal:

- Red bloodcel/ hitung sel darah merah meningkat yaitu 5,32m/ul
- Hemoglobin/HGB meningkat yaitu 16,9 g/dl

15. Hasil pemeriksaan penunjang:

- EKG kesan Intervention sinus tachicardi
- Rantgen kesan Bronchitis Pleural Reaction bilateral

**ANALISA DATA**

No.	Data fokus	Problem	Etiologi
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sesak nafas</li> <li>- Klien mengatakan sesak bertambah saat beraktivitas</li> <li>- Klien mengatakan badan lemas</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sesak</li> <li>- Klien terpasang oksigen 4 l/jam</li> <li>- Klien tampak lemas</li> <li>- Frekuensi nafas 30 x/mnt</li> <li>- EKG kesan Intervention sinus tachicardi</li> <li>- Rantgen kesan Bronchitis Pleural Reaction bilateral</li> <li>- Tanda-tanda vital TD: 155/90 mmHg. R: 30 x/mnt S: 36<sup>0</sup>C N: 76x/menit</li> </ul>	<p>Pola nafas tidak efektif</p>	<p>Hambatan upaya napas</p>
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh batuk berdahak</li> <li>- Klien mengatakan dahak susah</li> </ul>	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif</p>	<p>Sekresi yang tertahan</p>

---

keluar karena sudah kental

Do:

- Klien tampak batuk
- Klien tampak letih
- Askultasi: suara ronkhi di paru
- Sputum kental dan berwarna kehijauan
- Red bloodcel/ hitung sel darah merah meningkat yaitu 5,32m/ul
- Hemoglobin/HGB meningkat yaitu 16,9 g/dl

---

3.	Ds: <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien mengatakan susah tidur</li><li>- Klien mengatakan aktivitas di bantu</li></ul> Do: <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien tampak berbaring lemah di tempat tidur</li><li>- Aktivitas klien tampak di bantu</li></ul>	Intoleransi aktivitas	Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
----	---	-----------------------	--

---

4.	DS: <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien mengatakan nafsu makan menurun</li><li>- Klien mengatakan lidah pahit</li></ul> Do: <ul style="list-style-type: none"><li>- Makanan tampak tidak habis karna nafsu makan klien menurun</li><li>- Sisa makanan ¼ porsi rumah sakit</li></ul>	defisit nutrisi	Ketidak mampuan mencerna makanan
----	---	-----------------	----------------------------------

---

5.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan selama di rawat belum ada mandi</li> <li>- Klien mengatakan selama di rawat belum ada kemas</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut klien terasa lepek, kepala sedikit kotor</li> <li>- Tampak ada ketombe</li> <li>- Badan bau keringat</li> </ul>	Defisit perawatan diri	Kelemahan
----	--	------------------------	-----------

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas b.d hipersekreasi di jalan nafas dibuktikan dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih
2. Pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak edkuat keseluruh tubuh dibuktikan dengan sesak nafas (dispnea)
3. Intolernasi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan sesak nafas saat beraktivitas.
4. Resiko defisit nutrisi b.d Ketidak mampuan mencerna makanan
5. Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ toilet secara mandiri.

### 5.3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intrevensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasmen jalan nafas, hpersekresi dijalan nafas, dibuktikan dengan batuk tidak efektif, sputum berlebih, mengi, wheezing dan/atau ronkhi</p> <p>Defenisi Kemampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka bersihan jalan napas meningkat</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk efektif meningkat</li> <li>2. Produksi sputum menurun</li> <li>3. Mengi Wheezing menurun</li> <li>4. Dispnea menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Frekuensi nafas membaik</li> <li>7. Pola nafas membaik</li> </ol>	<p><b>Latihan batuk Efektif</b></p> <p>Defenisi: Melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laring-trakea dan bronkiolus dari sekret atau benda asing dijalan napas</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan batuk</li> <li>2. Monitor adanya retensi sputum</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas</li> <li>4. Monitor input dan output (mis, jumlah, karakteristik)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur posisi semi-fowler</li> <li>2. Pasang perlak dab bengkok di pangkuan psien</li> <li>3. Buang sekret di tempat sputum</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan dan tujuan batuk efektif</li> <li>2. Anjurkan menarik nafas dalam dari hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik,</li> </ol>



			<p>kemudian elurgan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan selama 8 detik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali</li> <li>4. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke -3</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberiak mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.</li> </ol>
<p><b>2.</b> Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas dibuktikan dengan dipnea, penggunaan otot bantu pernafasan, pola nafas abnormal</p> <p>Defenisi: Inspirasi dan/ atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keprawatan selama 3 X 24 jam maka pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jalan nafas paten</li> <li>2. Sekret berkurang</li> <li>3. Frekuensi nafas dalam batas normall</li> <li>4. Kilen mampu melakukan Batuk efektif dengan benar</li> </ol>	<p><b>Menejemen Jalan Nafas</b></p> <p>Definisi: mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola nafas ( frekuensi, kedalaman, usaha napas )</li> <li>2. Monitor bunyi nafas tambahan ( mis, gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering )</li> <li>3. Monitor sputum ( jumlah, warna, aroma )</li> </ol> <p>Teraupeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kapatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin- lift ( jaw-thrust jika curiga trauma Servikal )</li> </ol>	

- 
2. Posisikan semi-fowler atau fowler
  3. Berikan minum hangat
  4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
  5. Lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakea
  6. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsepMcGill
  7. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
  8. Berikan oksigen , jika perlu

Edukasi :

1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari,jika tidak kontraindikasi
2. Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran,mukolitik, jika perlu

**Latihan Batuk Efektif**

Definisi : melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk efektif secara efektif untuk membersihkan laring, trakea dan bronkulus dari sekret atau benda asing di jalan nafas.

Tindakan :

Observasi

1. Identifikasi kemampuan batuk
-

- 
2. Monitor adanya retensi sputum
  3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran nafas
  4. Monitor input dan output cairan (mis. Jumlah dan karakteristik)

#### Terapeutik

1. Atur posisi semi fowler atau fowler -  
Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien
2. Buang sekret pada tempat sputum

#### Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif  
- Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik ,ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu ( dibulatkan) 8 detik.
2. Anjurkan mengulangi tarik napas dalam hingga 3 kali
3. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke-3

#### Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu

#### **Pemantauan Respirasi**

Definisi : mengumpulkan dan menganalisis data

---

---

untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan ke efektifan pertukaran gas.

Tindakan :

Observasi :

1. Monitor frekuensi,irama, kedalaman dan upaya nafas
2. Monitor pola napas seperti ( seperti bradipnea taipnea,hiperventilasi)
3. Monitor kemampuan batuk efektif
4. Monitor adanya produksi sputum
5. Monitor adanya sumbatan jalan nafas
6. Palpasi kesmetrisan ekspansi paru
7. Auskultasi bunyi napas
8. Monitor saturasi oksigen
9. Monitor nilai AGD
10. Monitor hasil x-ray toraks

Terapeutik :

1. Atur interval pemantauan resprasi sesuai kondisi pasien
2. Dokumentasikan hasil pemantauan

Eduasi :

1. Jelaskan tujuan dan perusedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan , jika perlu
-

---

3

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan dispnea saat

Defenisi:

Ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka toleransi aktivitas meningkat

**Kriteria hasil:**

1. Saturasi oksigen meningkat
2. Kemudahan dalam aktivitas sehari-hari meningkat
3. Keluhan lelah menurun
4. Dispnea saat aktivitas menurun
5. Tekanan darah membaik
6. Frekuensi napas membaik

**Manajemen energi**

Defenisi:

Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan

**Tindakan:**

**Observasi:**

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
2. Monitor kelelahan fisik dan emosional
3. Monitor pola dan jam tidur
4. Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas

**Terapeutik**

1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)
2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan

**Edukasi**

1. Anjurkan tirah baring
-

2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
4. Ajarkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan

**Kolaborasi**

1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

<p><b>4.</b></p>	<p>Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makana          Definisi:          Resiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memnuhi kebutuhan metabolisme</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 X 24 jam maka status nutrisi membaik</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang di habiskan meningkat</li> <li>2. Persaan cepat kenyang menurun</li> <li>3. Nyeri abdomen menurun</li> <li>4. Frekuensi makan mebaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen nutrisi</b>          Defenisi:          Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang</p> <p><b>Tindakan:</b>          Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat badan</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Terapeutik:</p>
------------------	---	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)</li> <li>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>6. Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi</li> </ol>
--	--	--	---

5.	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ toilet secara mandiri.</p> <p>Defenisi: Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p>	<p>Setelah dilakukannya intervensi keperawatan selama 2 X 24 jam maka perawatan diri meningkat</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Kemampuan makan meningkat</li> <li>4. Kemampuan toilet meningkat</li> <li>5. Mempertahankan keberishan diri meningkat</li> <li>6. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan perawatan diri</b></p> <p>Defenisi: Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri</li> <li>2. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</li> <li>3. Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)</li> <li>4. Monitor integritas kulit</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembap kulit)</li> <li>2. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>3. Fasilitaskan menggosok gigi, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</li> <li>5. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri</li> <li>6. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan</li> <li>2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu</li> </ol>
----	---	--	---



#### 1.4 Implementasi Dan Evaluasi

#### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny.A  
Umur : 60 Tahun

Ruangan : Jantung  
hari/tanggal : 14-10-2019

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Bersihkan jalan nafas b.d hipersekreasi di jalan nafas ditandai dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih	15-10-2019	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola nafas dengan frekuensi 30 x/mnt, pernafasan danggal</li> <li>2. Memonitor bunyi nafas tambahan, yaitu inspeksi adanya ronkhi</li> <li>3. Memonitor sputum, dengan hasil sputum susah dikeluarkan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p>	15:20	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan nafas masih sesak</li> <li>- klien mengatakan bantuk berdahak</li> <li>- klien mengatakan dahak sudah mulai keluar</li> <li>- klien mengatakan melakukan batuk efektif yang di ajarkan</li> </ul>	

- 
1. Mengaturposisi yaitu dengan semo fowler
  2. Menganjurkan minum air hangat
  3. Melakukan batuk efektif
  4. Berikan Oksigen 4 l/jam dengan nasal kanul

**Edukasi**

1. Menganjurkan minum air hangat
2. Menganjurkan melakukan batuk efektif yang telah di ajarkan

- klien mengatakan minum air hangat

O:

- klien tampak batuk
- klien tampak sesak dengan frekuensi nafas 25 x/mnt

- klien tampak melakukan batuk efektif yang di ajarkan

- TD: 150/80 mmHg

- HR: 86 xmnt

- S: 36,0<sup>0</sup>c

A:

Masalah belum teratasi

---

---

P:

Intervensi dilanjutkan

Observasi:

1. Memonitor pola nafas (frekuensi)
2. Memonitor bunyi nafas tambahan
3. Memonitor sputum

Terapeutik

1. Mengatur posisi klien dengan semi fowler
  2. Menganjurkan minum air hangat
  3. Menganjurkan melakukan batuk efektif yang di
-

---

ajarkan

Edukasi

1. Mengingat kembali untuk melakukan batuk efektif yang telah diajarkan
2. Mengingat kembali untuk minum air hangat.

---

Pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak adekuat keseluruhan tubuh ditandai dengan sesak nafas

**Observasi:**

1. Mengidentifikasi indikasi latihan pernafasan yaitu purselip breathing
2. Memonitor frekuensi, irama dan kedalaman napas

**S:**

- Klien mengatakan nafas sesak jika banyak gerak
  - Klien mengatakan posisinya yaitu setengah duduk
  - Klien mengatakan
-

---

(dispnea)

sebelum dan sesudah latihan yaitu frekuensi nafas 25 x/mnt, irama tidak teratur, nafas sebelum latihan danggal dan pendek, setelah latihan danggal panjang.

**Terapeutik**

1. Menyediaan tempat yang tenang
2. Memposisikan pasien nyaman dan rileks yaitu semi fowler
3. Mengajarkan teknik pursed lip breathing

melakukan teknik pernafasan yang di ajarkan yaitu pursd lip breathing

**O:**

- Klien tampak melakukan latihan pernafasan yang di ajarkan
- Frekunsis nafas 25 x/mnt
- Klien masih tampak sesak

**A:**

Masalah belum teratasi

**P:**

Observasi

1. Mengobservasi latihan pernafasan yang di ajarkan
-

---

**Edukasi**

1. Menjelaskan mafaat dari latihan pernafasan yang di ajarkan

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian oksigen dengn dokter yaitu 4 l/jam

2. Memonitor frekuensi pernafasan

**Terapeutik**

1. Menyediakan lingkungan yang tenang
2. Mengatur posisi nyaman pasien
3. Menendampingi klien melakukan teknik pernafasan pursed lip breathing

**Edukasi**

1. Menganjurkan klien melakukan latihan pernafasan pused lip breathing yang telah di ajarkan

**Kolaborasi**

1. Kolaborasi dengan dokter pemberian
-

---

oksigen.

---

Intoleransi aktivitas  
b.d Ketidak  
seimbangan antara  
suplai dan  
kebutuhan oksigen  
ditandai dengan  
sesak nafas saat  
beraktivitas.

**Observasi:**

1. Mengidentifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelehana yaitu klien sesak nafas
2. Monitor pola dan jam tidur yaitu klien tidur tidak teratur dan sering terbangun karena sesak nafas

**Terapeutik**

1. menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (yaitu dengan membatasi pengunjung)
2. membatu keperluan klein
3. me fasilitasi duduk di sisi

**S:**

- klien mengatakan aktivitas di bantu perawat dan keluarga
- klien mengatakan tidur sering terbangun karena sesak

**O:**

- klien tampak terbaring lemah di tempat tidur
- aktivitas tampak dibantu

**A:**

Masalah belum teratasi

**P:**

**Observasi:**

1. Monitor pola dan jam tidur yaitu klien tidur tidak teratur dan sering
-

---

tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan

terbangun karena sesak nafas

**Edukasi**

1. Menganjurkan tirah baring
2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
3. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

**Kolaborasi**

1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

**Terapeutik**

1. menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (yaitu dengan membatasi pengunjung)
2. membantu keperluan klein
3. me fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan

**Edukasi**

1. Menganjurkan tirah baring
-



		2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap  3. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
Resiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makana	<b>Observasi:</b> 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Meidentifikasi alergi dan intoleransi makanan: klien mengatakan tidak ada alergi makanan 3. Mengidentifikasi makanan yang disukai 4. Memonitor berat badan 5. Memonitor hasil	<b>S:</b> - Klien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan - klien mengatakan kurang menyukai makan rs karena tidak berasa - klien mengatakan makan sedikit-sedikit tapi sering

---

pemeriksaan laboratorium

**Terapeutik:**

1. Melaakukan oral hygiene sebelum makan
2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
3. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
4. Menganjurkan makan sedikit tapi sering

**Edukasi:**

1. Menganjurkan posisi duduk
2. Megajarkan diet yang diprogramkan

**Kolaborasi:**

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu

O:

- klien tampak makan sedikit tapi sering
- klien tampak sikat gigi sebelum makan
- BB: 60 Kg
- Diit ML rendah garam
- Porsi makan yang dihabiskan ½ porsi rs

A:

Masalah belum teratasi

P:

Intervensi di lanjutkan

**Observasi:**

1. Menonitor berat badan

**Terapeutik:**

1. Menganjurkan makan sedikit tapi sering

**Edukasi:**

1. Mengingatnkan program
-

---

2. Kolaborasi dengan ahli gizi

diit.

Kolaborasi:

1. Kolaborasi dengan ahli gizi

---

Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ toilet secara mandiri.

**Observasi:**

1. Mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri
2. Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
3. Memonitor kebersihan tubuh :Rambut terasa lepek, badan bau keringat
4. Monitor integritas kulit: tidak ada lecet pada kulit

**S:**

- Klien mengatakan badan segar setelah mandi
- Klien mengatakan kepala sudah tidak gatal lagi.
- Keluarga mengatakan mengerti cara memandikan pasien yang di ajarkan

**O:**

- Klien tampak sudah bersih dan rapi

**Terapeutik:**

---

- 
1. Menganjurkan keluarga menyediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembap kulit)
  2. Mnyiapkan lingkungan yang aman dan nyaman
  3. Menfaasilitaskan menggosok gigi, sesuai kebutuhan
  4. Menfaasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
  5. Memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

**Edukasi:**

1. Menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehata
2. Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien

- Keluarga tampak mendampingi klien

A:

Masalah sebgain teratasi

P:

Intervensi dilanjutkan

Edukasi

1. Mengingatkan keluarga membantu dan mendampingi kebutuhan mandi dan toilet pasien.

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny.A  
Umur : 60 Tahun

Ruangan : Jantung  
hari/tanggal : 15-10-2019

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Bersihan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas ditandai dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih	16-10-2019	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola nafas dengan frekuensi nafas 20 x/mnt</li> <li>2. Memonitor bunyi nafas tambahan yaitu adanya ronkhi</li> <li>3. Memonitor sputum</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatur posisi</li> </ol>	09:30	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan masih batuk</li> <li>- klien mengatakan dahak sudah keluar</li> <li>- klien mengatakan melakukan batuk efektif yang di ajarkan</li> <li>- klien mengatakan minum air hangat</li> </ul> <p><b>O:</b></p>	

---

klien dengan semi fowler	- klien tampak batuk
	- frekuensi nafas 20 x/mnt
2. Menganjurkan minum air hangat	- klien tampak melakukan batuk efektif yang di ajarkan
3. Mengajarkan melakukan batuk efetif yang di ajarkan	- TD: 140/80 mmHg
	- HR: 96 xmnt
<b>Edukasi</b>	- S: 36,0 <sup>0</sup> c
1. Mengingatkan kembali untuk melakukan batuk efektif yang telah di ajarkan	A:  Masalah teratasi  P:  Intervensi dihentikan
2. Mengingatkan kembali untuk minum air hangat.	

---

---

Pola nafas tidak efektif  
b.d suplai oksigen tidak  
edkuat keseluruh tubuh  
ditandai dengan sesak  
nafas (dispnea)

**Observasi**

1. Mengobservasi latihan pernafasan yang di ajarkan
2. Memonitor frekuensi pernafasan

**Terapeutik**

1. Menyediakan lingkungan yang tenang
2. Mengatur posisi nyaman pasien
3. Menendampingi klien melakukan teknik pernafasan pursed lip breathing

**Edukasi**

1. Menganjurkan klien melakukan latihan pernafasan pused lip

**S:**

- Klien mengatakan nafas kadang-kadang masih sesak
- Klien mengatakan nafas sesak lagi saat banyak bergerak
- Klien mengatakan melakukan teknik pernafasan yang di ajarkan yaitu pursed lip breathing

**O:**

- Klien tampak melakukan latihan pernafasan yang di ajarkan
- Frekuensi nafas 20 x/mnt
- Terpasang oksigen 2 l/jam
- Klien masih tampak sesak

**A:**

Masalah sebagian teratasi

**P:**

Observasi

1. Mengobservasi latihan pernafasan yang di ajarkan
-

	<p>breathing yang telah di ajarkan</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan dokter pemberian oksigen.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memonitor frekuensi pernafasan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Mengatur posisi nyaman pasien</li> <li>3. Menendampingi klien melakukan teknik pernafasan pursed lip breathing</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan klien melakukan latihan pernafasan pused lip breathing yang telah di ajarkan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan dokter pemberian oksigen.</li> </ol>
<p>Intolernasi aktivitas b.d</p> <p>Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan sesak</p>	<p><b>. Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola dan jam tidur yaitu klien tidur tidak teratur dan sering</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan aktivitas di bantu perawat dan keluarga</li> <li>- klien mengatakan tidur sudah mulai nyenyak</li> </ul>



---

nafas saat beraktivitas.

terbangun kerana  
sesak nafas

**O:**

- klien tampak terbaring h di tempat tidur
- aktivitas tampak sebagian masih dibantu

**Terapeutik**

1. menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (yaitu dengan membatasi pengunjung
2. Membantu keperluan klein
3. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan

**A:**

Masalah sebagian teratasi

**P:**

**Terapeutik**

1. menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (yaitu dengan membatasi pengunjung
2. Membantu keperluan klein

**Edukasi**

1. Menganjurkan tirah baring
2. Menganjurkan melakukan

**Edukasi**

---

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan tirah baring</li> <li>2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> </ol>	<p>aktivitas secara bertahap</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> </ol>
Resiko defisit nutrisi b.d dipnea (sesak nafas)	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menonitor berat badan</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan makan sedikit tapi sering</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengingatkan</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan makan sedikit-sedikit tapi sering</li> <li>- klien mengatakan makan yang habsi sudah meningkat dari hari yang kemaren</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak makan sedikit tapi sering</li> </ul>

	<p>program diit.</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BB: 60 Kg</li> <li>- Diit ML rendah garam</li> <li>- Porsi makan yang diberikan hampir habis</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi di hentikan</p>
<p>Defisit perawatan diri b.d kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/ toilet secara mandiri.</p>	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan pasien sudah mandi atau belum</li> <li>2. Menganjurkan pasien mandy</li> <li>3. Mendampingi pasien</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengingatn keluarga untuk membantu memenuhi</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sudah mandy</li> <li>- Klien mengatakan badan sudah segar</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah bersih dan rapi</li> <li>- Keluarga tampak mendampingi klien</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah teratasi</p>

---

perawatan diri pasien

P:

Intervensi dihentikan

2. .

---

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Ny.A

Ruangan : Jantung

Umur : 60 Tahun

hari/tanggal :

---

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak edekuat keseluruh tubuh ditandai dengan sesak nafas (dispnea)	17-10-2019	<b>Observasi</b> 1. Mengobservasi latihan pernafasan yang di ajarkan 2. Memonitor frekuensi pernafasan <b>Terapeutik</b> 1. Menyediakan lingkungan yang	09:00	<b>S:</b> - Klien mengatakan nafas kadang-kadang masih sesak - Klien mengatakan nafas sesak lagi saat banyak bergerak - Klien mengatakan melakukan teknik pernafasan yang di ajarkan yaitu pursd lip breathing	

---

	<p>tenang</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengatur posisi nyaman pasien</li> <li>3. Menendampingi klien melakukan teknik pernafasan pursed lip breathing</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan klien melakukan latihan pernafasan pused lip breathing yang telah di ajarkan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kolaborasi dengan dokter pemberian oksigen.</li> </ol>	<p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak melakukan latihan pernafasan yang di ajarkan</li> <li>- Frekunsis nafas 20 x/mnt</li> <li>- Terpasang oksigen 2 l/jam</li> <li>- Klien masih tampak sesak</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dihentikan mahasiswa pindah ruangan dan di lanjutkan olah perawat ruangan</p>
<p>Intolernasi aktivitas b.d</p> <p>Ketidak seimbangan</p>	<p><b>. Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola dan jam</li> </ol>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakansudah bisa beraktivitas</li> </ul>

---

antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan sesak nafas saat beraktivitas.

tidur yaitu klien tidur tidak teratur dan sering terbangun karena sesak nafas

**O:**  
- Klien tampak sudah melakukan aktivitas

**A:**  
Masalah teratasi

**P:**  
Intervensi dihentikan

### **Terapeutik**

1. menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (yaitu dengan membatasi pengunjung
2. Membantu keperluan klien
3. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan

---

## Edukasi

1. Mengajarkan tirah  
baring
2. Mengajarkan  
melakukan  
aktivitas secara  
bertahap
3. Mengajarkan  
menghubungi  
perawat jika tanda  
dan gejala  
kelelahan tidak  
berkurang

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Kasus Terkait**

Pengkajian merupakan tahap awal dari satu proses keperawatan, kegiatan yang dilakukan pada tahap tersebut adalah mengumpulkan data, seperti riwayat keperawatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan data sekunder lainnya seperti mencatat hasil pemeriksaan diagnostik dan literature (Desani, 2009). Pengkajian yang dilakukan oleh perawat ketika menghadapi klien dengan gagal ginjal kronis gangguan sistem perkemihan terutama pada klien dengan gagal ginjal kronik meliputi riwayat kesehatan, review sistem (*Head to toe*) dan pengkajian psikososial (Somantri, 2009).

Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) merupakan penyakit kronik paru yang ditandai dengan terbatasnya aliran udara di dalam saluran pernafasan yang tidak sepenuhnya reversible. Gangguan bersifat progresif ini disebabkan oleh adanya inflamasi kronik akibat gas yang bersifat racun bagi tubuh. Penyebab utama PPOK antara lain asap rokok, polusi udara dari pembakaran, dan partikel-partikel gas berbahaya. Beberapa masalah akan timbul sehingga mengakibatkan kegagalan pernafasan yang didefinisikan sebagai kegagalan ventilasi dan kegagalan oksigenasi disebabkan karena gangguan pusat pernafasan, gangguan otot dinding dada dan peradangan akut jaringan paruyang menyebabkan sesak nafas (Djojodiningrat D, 2014).

Pengkajian pada pasien dengan penyakit paru obstruksi kronis ini di dekatkan pada suppos sistem untuk mempertahankan keseimbangan tubuh. Tidak optimalnya fungsi paru maka tubuh akan melakukan kompensasi pada organ tersebut.

Pengkajian yang dilakukan kepada Ny.A dengan usia 60 tahun di dapatkan bahwa klien masuk melalui IGD dengan Keluhan sesak nafas semenjak 3 hari yang lalu, sesak



awalnya dirasakan saat beraktivitas, sesak semakin memberat 2 jam SMRS, sedangkan keluhan yang di dapatkan saat melakukan pengkajian pada tanggal 17 -10-2019 yaitu klien mengatakan nafas masih sesak, sesak meningkat saat beraktivitas seperti banyak bergerak, klien mengeluh batuk, batuk berdahak, klien mengeluh nafsu makan menurun, susah tidur, klien juga mengatakan belum BAB semenjak 2 hari yang lalu. vital sign yang di dapatkan saat melakukan pengkajian yaitu TD 155/88 mmHg, HR 79 x/mnt, RR 30 x/mnt, S 36,0 °c.

Berdasarkan teori gejala klinis pada PPOK antara lain batuk, produksi sputum, sesak nafas dan keterbatasan aktivitas. Faktor patofisiologi yang berkontribusi dalam kualitas dan intensitas sesak nafas saat melakukan aktivitas pada pasien PPOK antara lain kemampuan mekanis dari otot-otot inspirasi, meningkatnya volume restriksi selama beraktivitas, lemahnya fungsi otot-otot inspirasi, meningkatnya kebutuhan ventilasi relatif, gangguan pertukaran gas, kompresi jalan nafas dinamis dan faktor kardiovaskuler. Oleh karena itu pada penanganan PPOK tidak hanya mengandalkan terapi farmakologi saja melainkan terapi non-farkologi juga merupakan hal yang penting untuk mengurangi sesak nafas (Russel, et al, 2012).

Sedangkan dilihat dari riwayat penyakit yang di alami oleh Ny.A yaitu Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit stroke dan hipertensi semenjak 10 tahun yang lalu, dilihat dari teori salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan riwayat stroke yaitu hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hemotokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan, dan

salah satu penyebab hipoksia ini adalah penyakit paru obstruksi kronis (Smeltzer & Bare, 2012).

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien PPOK yaitu antara lain pemeriksaan darah pada pasien PPOK meliputi cek darah rutin yaitu Hb, Hematokrit, dan leukosit. Polisitemia akan timbul sebagai tanda telah terjadi hipoksia kronik (Kemenkes, 2008). Pemeriksaan rontgen thorax AP tampak gambaran hiperlusen, pelebaran sela iga dan pendataran diafragma yang merupakan gambaran dari emfisema. Emfisema merupakan salah satu bentuk PPOK. Pemeriksaan radiologi lain yang memungkinkan dilakukan pada pasien PPOK yaitu computed tomography (CT). Berdasarkan penelitian yang dilakukan selama lima tahun pada pasien-pasien penderita PPOK di Jepang ditemukan adanya perburukan gambaran CT-emfisema terkait dengan penurunan nilai VEP (Anindito, 2015). Pemeriksaan EEG (Electroencefalogram) Banyak ditemukan pasien dengan keluhan sesak nafas seperti PPOK dan asma mengalami gangguan tidur. Jika gangguan tidur ini dibiarkan menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien akibat gangguan tidur, maka dapat dilakukan dengan pemberian terapi EEG (Electroencefalogram). Sampai saat ini sistem klasifikasi untuk tingkatan tidur yang diterima adalah usulan dari Rechtschaffen dan Kales yaitu dengan pemeriksaan EEG. Pada waktu non rapid eye movement (NREM) sleep gelombang otak makin lambat dan teratur. Tidur makin dalam serta pernafasan menjadi lambat dan teratur. Tidur REM lebih dangkal, ditandai dengan gerakan bola mata cepat di bawah kelopak mata yang tertutup. Pada waktu REM, orang tidak lagi mendengkur, nafas menjadi tak teratur, aliran darah ke otak bertambah dan temperatur tubuh naik, disertai banyak gerakan tubuh. Gelombang listrik tampak seperti tingkat 1 dari tidur (Atmadja W, Benny, 2013).

Pemeriksaan fisik yang abnormal yang di dapatkan pada Ny.A yaitu pada paru-paru saat askultasi terdengar suara tambahan yaitu ronkhi dilapang paru, pasien terpasang oksigen 4 l/jam dengan kanul nasal. Sedangkan dari hasil pemeriksaan EKG di dapatkan hasil Intervention sinus tachicardi R/S Invansion area vetneem Vs and V6 Abnormal EKG. Dan pemeriksaan radiologi di dapatkan Bronchitis Pleural Reaction bilateral Besar cor normal Trachea dan medistinum di tenggah Tak tampak penebalan hilus Sistema tulang tak tampak kelainan.

Diagnosa keperawatan yang di dapatkan dari hasil pengkajian pada Ny.a yaitu yang pertama bersihan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas ditandai dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih dengan data subjektif klien mengeluh batuk berdahak, klien mengatakan dahak susah keluar, sedangkan data objektif yang di dapatkan yaitu klien tampak batuk, klien tampak letih, askultasi: suara ronkhi di paru. Sedangkan diagnosa kedua yang di dapatkan yaitu pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak edkuat keseluruh tubuh ditandai dengan sesak nafas (dispnea) dengan data subjektif yaitu klien mengatakan sesak nafas, klien mengatakan sesak bertambah saat beraktivitas, klien mengatakan badan lemas, dan data objektif klien tampak sesak, klien terpasang oksigen 4 l/jam, klien tampak lemas, dan diagosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan sesak nafas saat beraktivitas dengan data subjektif klien mengatakan susah tidur, klien mengatakan aktivitas di bantu dan data objektif yang di dapatkan yaitu klien tampak berbaring lemah di tempat tidur, aktivitas klien tampak di bantu.

Setelah di dapatkan diagnosa keperawatan maka di susunlah rencana tindakan keperawatan, dimana pada kasus ini rencana tindakan di ambil bedasarkan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI). Diagnosa pertama yaitu bersihan jalan nafas b.d

hipersekreasi di jalan nafas ditandai dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih dengan tujuan intervensi yaitu jalan nafas efektif dengan kriteria hasil produksi sputum menurun, frekuensi nafas membaik, rencana intervensi yaitu Observasi monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi nafas tambahan, (mis: girgling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma) sedangkan pada bagian kedua yaitu terapeutik pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal), posisikan semo fowler atau fowler, berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, jika perlu, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum pengisapan endotrakeal, keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill, berikan Oksigen, jika perlu. Bagian edukasi yang direncanakan yaitu anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi, ajarkan teknik batuk efektif dan pada bagian terakhir kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

Intervensi pada diagnosa kedua yaitu pada bagian pertama observasi direncanakan identifikasi indikasi dilakukan latihan pernafasan, monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan, sedangkan pada bagian kedua yaitu terapeutik menyediakan tempat yang tenang, posisikan pasien nyaman dan rileks, tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut, pastikan tangan di dada mundur ke belakang dan telapak tangan di perut maju ke depan saat menarik napas, ambil napas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahap selama tujuh hitungan, lakukan konsekuensi yang telah ditetapkan jika tidak melakukan perilaku yang diharapkan, modifikasi konsekuensi dan harapan perilaku, jika perlu, murunkan limit setting jika perlu pasien mendekati perilaku yang diharapkan, sedangkan pada bagian edukasi jelaskan manfaat dan konsekuensi perilaku yang diharapkan.

Sedangkan intervensi yang direncanakan pada diagnosa yang terakhir yaitu pada bagian observasi di rencanakan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktivitas, dan pada bagian terapeutik sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan , fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpisah atau berjalan, pada bagian edukasi anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, bagian terakhir kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Setelah disusunnya intervensi keperawatan maka dilakukan implemetasi keperawatan dan evaluasi berdasarkan intervensi yang dibuat sesuai dengan kebutuhan klien, dimana implementasi diberikan selama 3 hari dari tanggal 17 sampai dengan 19 oktober 2019.

#### **4.2 Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait**

Intervensi keperawatan atau perencanaan merupakan bagian dari suatu fase pengorganisasian dalam keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien (Setiadi, 2012).

Pada kasus Ny.A intervensi lebih di terapkan pada diagnosa pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak edekuat keseluruh tubuh ditandai dengan sesak nafas (dispnea) dimana pada diagnosa ini dajarkan tentang teknik pernafasan yaitu pursed lip breathing yaitu latihan pernapasan yang menekankan pada proses ekspirasi yang dilakukan secara tenang dan rileks dengan tujuan untuk mempermudah proses pengeluaran udara yang

terjebak oleh saluran napas (Potter and Perry 2010). Manfaat dari latihan pernapasan dengan teknik pursed lip ini dapat membantu meningkatkan compliance paru untuk melatih kembali otot-otot pernapasan untuk dapat berfungsi dengan baik serta mencegah distress pernapasan (Ignatavius and Workman n.d.) Latihan pernapasan pursed lip dapat mencegah atelektasis dan meningkatkan fungsi ventilasi pada paru, pemulihan kemampuan otot pernapasan akan meningkatkan compliance paru sehingga membantu ventilasi lebih adekuat dan menunjang oksigenasi jaringan (Westerdal 2005).

Intervensi yang diberikan juga pernah dilakukan oleh Barakatul Kamila, dkk Pada tahun 2019 dengan judul efektivitas teknik pursed lips breathing pada pasien penyakit paru obstruksi kronik (ppok): study systematic review dimana di dapatkan hasil teknik PLB efektif menurunkan frekuensi pernapasan dan meningkatkan pemenuhan oksigenisasi dalam tubuh. Dengan demikian pemberian latihan yaitu 3x sehari setiap pagi, siang, dan sore dengan waktu 6-30 menit selama 3 hari berturut-turut. Teknik PLB efektif dalam menurunkan frekuensi pernapasan dan meningkatkan pemenuhan oksigenisasi pada pasien PPOK dengan pola napas tidak efektif. Selanjutnya, disarankan teknik PLB dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi mandiri perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien PPOK untuk mengurangi keluhan sesak.

Seiring juga penelitian yang telah dilakukan oleh Ratnaningtyassih Pamungkas, dkk pada tahun 2016 dengan judul penelitian Efektivitas Pursed Lip breathing dan deep Breathing Terhadap Penurunan Frekuensi Pernafasan Pada Pasien PPOK di RSUD Ambarawa di dapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan efektifitas antara intervensi *Pursed Lib Breathing* dan *Deep Breathing* terhadap penurunan frekuensi pernapasan pada pasien PPOK di RSUD Ambarawa. rekomendasi hasil penelitian ini adalah *Purset Lib*

*Breathing* lebih efektif digunakan untuk menurunkan frekuensi pernafasan pada pasien PPOK

Dengan penelitian pendukung yang penulis dapatkan maka penulis melakukan Intervensi pursed lip breathing ini dilakukan selama 3 hari dimana pada hari pertama pemberian di dapatkan frekuensi nafas 25 x/mnt, masih sesak dan terpasang oksigen nasal kanul 4 l/jam setelah 3 hari pemberian terapi di dapatkan 20 x/mnt dengan terpasang oksigen nasal kanul 2 l/jam dengan oksigen kadang sudah bisa dilepaskan.

#### **4.3 Alternatif Pemecahan Masalah Yang Dilakukan**

Pada kasus Ny.A dalam mengatasi keluhan yang sesak nafas telah dilakukan teknik pernafasan dengan pursed lip breathing, dimana intervensi dilakukan selama 3 hari, sedangkan alternatif lain yang mendukung dalam melakukan intervensi yaitu dengan mengatur posisi nyaman pasien, menciptakan lingkungan yang tenang bagi pasien. Sehingga dengan dengan pemberian intervensi pursed lip breathing pada pasien dapat menurunkan sesak nafas.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **1.1 Kesimpulan**

- 1.1.1 dari hasil pengajian kepada Ny.A dengan usia 60 tahun dengan diagnosa menis penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) dengan penyakit penyerta stroke dan hipertensi semenjak 10 tahun yang lalu. Dari hasil pengajian di dapatkan keluhan klien mengatakan nafas masih sesak, sesak meningkat saat beraktivitas seperti banyak bergerak, klien mengeluh batuk, batuk berdahak, klien mengeluh nafsu makan menurun, susah tidur, klien juga mengatakan belum BAB semenjak 2 hari yang lalu. vital sign yang di dapatkan saat melakukan pengkajian yaitu TD 155/88 mmHg, HR 79 x/mnt, RR 30 x/mnt, S 36,0<sup>0</sup>c.
- 1.1.2 Diagnosa yang di dapatkan pada kasus yaitu bersihan jalan nafas b.d hipersekresi di jalan nafas ditandai dengan batuk tidak efektif, ronkhi dan sputum berlebih, pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak edkuat keseluruhan tubuh ditandai dengan sesak nafas (dispnea), intoleransi aktivitas b.d Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan sesak nafas saat beraktivitas.
- 1.1.3 Intervensi yang di berikan lebih ditekankan pada diagnosa pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak adekuat keseluruhan tubuh ditandai dengan sesak nafas (dispnea) yaitu dengan pemberian teknik pernafasan pursed lip breathing.
- 1.1.4 Implementasi telah dilakukan selama 3 hari kepada ketiga diagnosa yang di dapatkan , tetapi lebih di tekankan pada diagnosa kedua dengan memberikan intervensi pursed lip breathing, dari mengidentifikasi teknik pernafasan yang akan diberikan, mengajarkan, mendemostrasikan, dan menganjurkan.



- 1.1.5 Evaluasi yang di dapatkan dari tiga diagnosa yang ada 2 diagnosa dapat di atasi, yaitu pada diagnosa bersihan jalan dan intoleransi aktivitas, sedangkan pada diagnosa pola nafas di lanjutkan oleh perawat ruangan.

## **1.2 Saran**

### **5.2.1 Bagi Penulis Selanjutnya**

Kepada penulis selanjutnya yang akan membahas intervensi keperawatan pada pasien PPOK untuk dapat memberikan intervensi lebih lama dan mengembangkan intervensi keperawatan yang lain khususnya pada pasien PPOK.

### **5.2.2 Bagi Pasien**

Disarankan kepada pasien untuk melakukan teknik latihan pernafasan yang telah diajarkan dalam menurunkan sesak nafas.

### **5.2.3 Bagi Lahan Praktek**

Saran untuk kepada lahan praktek khususnya kepada perawat untuk menerapkan uintervensi mandiri keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada pasein dengan PPOK sehingga dapat mengoptilkan dalam pemberian asuhan keperawatan.

### **5.2.4 Untuk Institusi Pendidikan**

Diharapkan kepada pihak institusi pendidikan untuk dapat mengembangkan intervensi keperawatan madiri pada pasien dengan penyakit paru obstruksi kronis yang dapat digunakan untuk mengurangi sesak nafas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bare & Smeltzer. (2012). *buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddart*. EGC.
- Brunner & Suddarth. (2010). *Buju Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Alih Bahasa Yasmin Asih*. EGC.
- Danusantosos halim. (2010). *Buku Saku Ilmu Penyakit Paru, edisi2*. EGC.
- Djojodiningrat D. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II. 6th ed*. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UniversitasIndonesia.
- GOLD. (2018). *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention*. [http://www.goldcopd.org/uploads/users/fil%0Aes/GOLD\\_Pocket\\_May2512](http://www.goldcopd.org/uploads/users/fil%0Aes/GOLD_Pocket_May2512). diakses%0Atanggal 15 Oktober 2019%0A
- Kosasih, Alvin, S., Agus, D., Temmangsonge, R. Pakki, Titin, M. (2008). *Diagnosis dan tatalaksana kegawatdaruratan paru (CV Sagung)*.
- Pamungkas, R., Arif, S., Jurusan, D., Poltekkes, K., & Semarang, K. (n.d.). *EFEKTIVITAS PURSED LIP BREATHING DAN DEEP BREATHING TERHADAP PENURUNAN FREKUENSI PERNAFASAN Penyakit Paru Obstruktif Kronik ( PPOK ) ialah suatu keadaan yang menyebabkan terganggunya pergerakan udara masuk dan keluar paru . Masalah utama yang biasanya di . 1–7*.
- Qamila, B., Ulfah Azhar, M., Risnah, R., & Irwan, M. (2019). Efektivitas Teknik Pursed Lipsbreathing Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (Ppok): Study Systematic Review. *Jurnal Kesehatan, 12(2)*, 137. <https://doi.org/10.24252/kesehatan.v12i2.10180>
- Riskesdas. (2018). *Departemen Kesehatan Republik Indonesia*.
- Russell, R., Norcliffe, J. Bafadhel, M. (2012). *Chronic obstructive pulmonary disease: management of chronic disease. Elsevier Ltd. All rights reserved*.
- SDKI, D. & P. (2016). *tandar Diagnosis Keperawatan Indonesia: definisi dan indikator diagnostik (Edisi 1)*. DPPPNI.
- Smeltzer, B. &. (2002). *buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddart*. EGC.
- Tim Pokja SDKi DPP PPNI. (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Peawat Nasional Indonesia.

World Health Organization (WHO). (2017). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*.|









LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN

Nama : Gito Mahata Putra

Nim : 1914901719

Judul kian : Penerapan Pulsed Lib Breathing Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Di Ruang Jantung RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

Pembimbing I : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

no	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
		Asu judul	
		perbaiki bab 1	
		perbaiki bab 2	
		perbaiki bab 3	
		perbaiki bab 4	
		perbaiki bab 5	
		buat abstrak	
		Asu Ujian	

LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN

Nama : Gito Mahata Putra

Nim : 1914901719

Judul Kian : Penerapan Pulsed Lib Breating Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Di Ruang Jantung RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

Pembimbing II : Ns. Endra Amalia, M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
		Konsul judul	R.
	Senin/21/September	Bab I, II, III perbaiki sesuai saran!	R.
	Senin/28/September	perbaiki lagi sesuai saran!	R.
	Jumat/02/oktober	perbaiki sesuai saran!	R.
	Jumat/02/oktober	Acc diuzoham!	R.

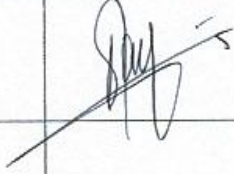
LEMBARAN KONSULTASI REVISI KIAN

Nama : Gito Mahata Putra

Nim : 1914901719

Judul kian : Penerapan Pulsed Lib Breathing Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ppok Di Ruang Jantung RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

Penguji I : Yasmi, S.Kp. M.Kep

no	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
		Acc. di n/d	


LEMBARAN KONSULTASI REVISI KIAN

Nama : Gito Mahata Putra

Nim : 1914901719

Judul kian : Penerapan Pulsed Lib Breathing Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ppok Di Ruang Jantung RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

Penguji II : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

no	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
		perbaiki	
		ke. H pul	